

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker Geh. Med.-Rat Berlin.	Dr. Florschütz Professor Gotha.	Dr. Fürbringer Geh. Med.-Ratu. Prof. Berlin.	Dr. Haug Professor München.	Dr. Hoffa Geh. Med.-Ratu. Prof. Berlin.	Dr. Klonka Professor Jena.	Dr. Kirohner Geh. Ob.-Med.-R u Prof. Berlin.	Dr. A. Leppmann Med.-Rat Berlin.	
Dr. von Liszt Geh. Just.-Ratu. Prof. Berlin.	Dr. Ostertag Professor Berlin.	Dr. Puppe Professor Königsberg.	Radtke Kais. Geh. Reg.-Rat Berlin.	Dr. Roth Reg.- u. Geh. Med.-Rat Potsdam.	Dr. Schwechten Sanitätsrat Berlin.	Dr. Silex Professor Berlin.	Dr. P. Stolper Professor Göttingen.	Dr. Windscheid Professor Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:

Dr. F. Leppmann

Zweiter Arzt an der Königl. Strafanstalt Moabit und der damit verbundenen Irrenabteilung
Berlin.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905.

№ 5.

Ausgegeben am 1. März.

Inhalt:

Originalen: Aus dem Hafenkrankenhaus in Hamburg: Revenstorf, Der gerichtsarztliche Nachweis des Todes durch Ertrinken. S. 85. — Augstein, Die praktische Untersuchung auf Farbenblindheit zum Zweck der Feststellung der Tauglichkeit zum äußeren Eisenbahndienst. S. 88. — Edel, Sind Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet, ihre Firma in das Handelsregister eintragen zu lassen? S. 91.

Referate: Innere Medizin: Schlantmann, Zwei interessante Obduktionsergebnisse. Latente Pneumonie. S. 94. — C. v. Rzentowski, Atheromatosis aortae bei Kaninchen nach intravenösen Adrenalininjektionen. S. 94. — Curschmann, Über posttraumatische Meningitis. S. 94. — Schnitzler, Traumatische Invagination. S. 94. — Rinne, Zur Frage der traumatischen Entstehung der Appendicitis. S. 95. — Sonnenburg, Traumatische chronische Appendicitis. S. 95.

Neurologie und Psychiatrie: Karrer und Bernhart, Beitrag zur Frage der geistigen Gemeinschaft. Eine Erwiderung. S. 95. — A. Hoche, Zur Frage der Zeugnisfähigkeit geistig abnormer Personen. S. 95. — E. Kräpelin, Vergleichende Psychiatrie. S. 96. — Fr. Schäfer, Die Aufgaben der Gesetzgebung hinsichtlich der Trunksüchtigen nebst einer Zusammenstellung bestehender und vorgeschlagener Gesetze des Auslands und des Inlands. S. 96. — A Suggestion on the Criminal Responsibility of Homicidal and Dangerous Lunatics. S. 96. —

R. Henneberg, Über das Gansersche Symptom. S. 96. — F. Sklarek und C. F. van Vleuten, Gleichzeitiges Auftreten einer geistigen Erkrankung bei drei Geschwistern. S. 97. — Dr. Reinhold Kutner, Zur Diagnostik des pathologischen Rausches. (Störungen der Reflexe.) S. 97. — W. Weygandt, Alte Dementia praecox. S. 97. — C. Wickel, Zur Frage der stationären Paralyse. S. 97. — Dr. Wickel, Sittlichkeitsverbrechen und Geistesstörung. S. 97.

Vergiftungen: F. J. Waldo M. D. Barrister at Law, Some notes on the Klosowski (Chapman) Antimony Poisoning case. S. 97. — J. van Breemen, Acute vergiftung met tartras kalico-stibicus. S. 98. — Gallerani, Azione del sublimato sul rene. S. 98. — Dauchez, A quelle dose le sublimé pris à l'intérieur est-il mortel. S. 98. — Dr. Karl Bechtold, Über einen Fall von spastischer Spinalparalyse infolge einer Bleivergiftung. S. 98. — A. Lohr, Über einen Fall akuter Chromvergiftung mit spontaner Glykosurie, geheilt durch die von R. v. Jaksch empfohlene Magenausspülung mit salpetersaurem Silber. S. 98. — Davids, Einige Beobachtungen über das Veronal. S. 98. — Samuel, Über eigentümliche Vergiftungserscheinungen durch Petroleumdämpfe. S. 99. — A. E. Kind, A case of acute sulfonal poisoning. S. 99.

Aus Vereinen und Versammlungen S. 99. — **Bücherbesprechungen** S. 101. **Gebührenwesen** S. 102. — **Tagesgeschichte** S. 193.

Aus dem Hafenkrankenhaus in Hamburg. Der gerichtsarztliche Nachweis des Todes durch Ertrinken.

Von
Dr. Revenstorf.

Das Studium der für die gerichtsarztliche Diagnose des Ertrinkungstodes verwertbaren Leichenbefunde hat mit der Heranziehung der durch die neueren Arbeiten auf diesem Gebiet empfohlenen physikalisch-chemischen Methoden die Deutung und Wertung der anatomischen Veränderungen in nicht geringem Grade gefördert, die Zahl der Fälle zweifelhafter Todesursache eingeschränkt und dem Urteil des forensen Sachverständigen einen hohen Grad von Zuverlässigkeit und Sicherheit verliehen.

Der Beweis des Todes durch Ertrinken wird geliefert durch den Nachweis der aspirierten Ertränkungsflüssigkeit.¹⁾

Die Befolgung dieses Leitsatzes bietet in technischer Hinsicht die Gewähr eines Untersuchungsganges, der die Gefahr des Irrtums vermeidet, die eine Beurteilung und Entscheidung auf

Grund der nicht immer eindeutigen pathologisch-anatomischen Befunde mit sich bringt.

Die Erkennung des Ertrinkungstodes kann durch das bloße Auffinden von Ertränkungsflüssigkeit oder deren suspendierten Bestandteilen in den Brustorganen nicht herbeigeführt werden, hinzukommen muß der Nachweis, daß die Flüssigkeit aspiriert wurde, d. h. vor Eintritt des Todes in die Lungen gelangte.

Die Unterscheidung des vitalen und des postmortalen Eindringens der Ertränkungsflüssigkeit basiert auf dem Nachweis, daß die Zirkulation noch bestand oder daß Atembewegungen noch ausgeführt wurden, als das Wasser in die Lungen gelangte.

Alle Veränderungen, die experimentell durch Eingießen von Flüssigkeit in die Trachea von Leichen erzeugt werden können, dürfen nicht als zuverlässige Ertränkungsmerkmale angesehen werden. Diese Zeichen sind darum für die Erkennung der Todesart keineswegs bedeutungslos. Sie gewinnen ihren Wert allerdings erst dann, wenn die Vermutung begründet werden kann, daß andere Ursachen, als die den physiologischen Ertränkungsmechanismus begleitenden Vorgänge nicht in Betracht kommen.

In der beigegebenen Tabelle I sind die Resultate verzeichnet, die wir bei der Untersuchung der Brusthöhlenflüssigkeiten von Leichen Erhängter erhielten, denen die angegebene Flüssigkeitsmenge (Leitungswasser) durch die Trachealkanüle eingegossen wurde. Die Leichen befanden sich mit Ausnahme des Falles 5 in aufrechter Stellung.

Das Eindringen von Ertränkungsflüssigkeit während der Agone steht dem postmortalen Heineinlaufen sehr nahe. Vital in die Lunge gelangtes destilliertes Wasser läßt sich im Experiment selbst bei schnell getöteten Tieren im Lungengewebe meist nicht mehr auffinden infolge der guten Resorptionsfähigkeit von den Atmungsorganen aus. Die Entstehung des Oedema aquosum hat ihren Grund nicht in der Tatsache des Eindringens von Wasser in die Luftwege als solcher, sondern darin, daß das Wasser teils nicht mehr in Kontakt gelangt mit den Resorptionswegen, teils die Resorptionsfähigkeit bereits aufgehoben ist, weil die Herztätigkeit so weit darniederliegt, daß zwar noch Herzbewegungen stattfinden, aber infolge des minimalen Blutdrucks der Blutumlauf verlangsamt ist oder sistiert.

Agonal oder postmortal eingedrungenes Wasser führt in gleicher Weise zu Oedema aquosum. Das Oedema aquosum kann demnach durch die mit den terminalen Atemzügen aspirierte Ertränkungsflüssigkeit erzeugt oder an der Leiche zustande gekommen sein. Eine Trennung dieser beiden Möglichkeiten ist mit Hilfe des kryoskopischen Lungenbefundes allein nicht durchzuführen.

Vermittelt der Kryoskopie wurde die in allen Fällen der Tabelle I bestehende starke Durchfeuchtung der Unterlappen leicht als „Oedema aquosum“ erkannt. In drei Fällen war Blutverdünnung eingetreten, in fünf Fällen fehlte dieselbe. Die Herzbeutelflüssigkeit erwies sich in keinem der untersuchten Fälle als verwässert. Das verdünnte Blut zeigte in allen drei Fällen typische Ertränkungshämolyse.

Unter diesen Resultaten ist als wichtigster Befund hervorzuheben, daß die Blutverdünnung kein sicheres Zeichen des Ertrunkungstodes ist. Dieses Ergebnis steht im strikten Gegensatz zu der bisherigen Annahme, daß es sich beim Übertritt von Wasser ins Blut stets um einen vitalen Vorgang handle. Zu der letztgenannten Schlußfolgerung gelangten die Autoren durch Verallgemeinerung der im Tierversuch gewonnenen Resultate: ins Wasser gelegte Kadaver erleiden keine Blutverdünnung, während bei ertrunkenen Hunden (abweichend von unseren Untersuchungsergebnissen an ertrunkenen Menschen) mit wenigen Ausnahmen Ertränkungsflüssigkeit im Blut gefunden wird.

Die Dauer des Todeskampfes ist für die Qualität der kryoskopischen Befunde ohne Bedeutung, da auch durch einmaliges Untertauchen getötete Tiere fast regelmäßig Blutverdünnung aufweisen.

Die Voraussetzung des vitalen Eindringens der bei der Obduktion kryoskopisch nachgewiesenen Ertränkungsflüssigkeit wird daher von allen Autoren geteilt. Die unterschiedlichen Werte des Trockenrückstandes beider Herzhälften deutete bereits Brouardel²⁾ in der Weise: das Blut, welches dem linken Herzen durch die Pulmonalarterie zugeführt wird, nimmt beim jedesmaligen Passieren der Lunge eine bestimmte Menge Wasser auf, während das Blut des rechten Herzens eine neue Verdünnung in den Alveolen noch nicht erfahren hat. Nur unter der Voraussetzung der nicht sistierten Zirkulation gilt die Erklärung Carraras,³⁾ dem auch Stoenescu⁴⁾ beipflichtet, daß die Verdünnung des Blutes im linken Herzen eine stärkere sei, weil das Eindringen der Ertränkungsflüssigkeit in die Blutbahn im Lungenkreislauf erfolge.

Carrara erklärt die in einem seiner Fälle resultierende Differenz der durch Berechnung des Hämoglobingehaltes gefundenen Menge Ertränkungsflüssigkeit von der kryoskopisch nachweisbaren Quantität durch Diffusion des Hb ins Gewebe und durch die Fähigkeit der hämatopoetischen Organe den Farbstoff zurückzuhalten. Diese Bemerkung bewegt sich ebenso in der Vorstellung des vitalen Eindringens von Ertränkungsflüssigkeit in das Blut, wie die Erklärung der Blutverdünnung der linken Herzseite einfach durch die Tatsache, daß die Ertränkungsflüssigkeit genau in der Mitte zwischen beiden Herzhälften in den Lungenkreislauf übertritt.

Unsere Versuche lehren nun, daß eine Blutverdünnung, die sich auf den Inhalt des Arteriensystems beschränkt, außer durch den Submersionsvorgang auch an der Leiche erzeugt worden sein kann. Postmortal in die Luftwege gelangte Flüssigkeit verdünnt, wenn sie überhaupt in den Gefäßinhalt übertritt, nur das Blut des linken Herzens und der Arterien. Dieses Versuchsergebnis beruht auf einer gesetzmäßigen Leichenerscheinung. Sein Analogon findet sich innerhalb anderer Kapillarsysteme in den Beziehungen zwischen Blut, Gewebssaft und Zellinhalt. Bei hinreichender Menge der in die Trachea von Leichen eingegossenen Flüssigkeit können enorme Unterschiede in der Zusammensetzung des Blutes beider Herzhälften entstehen. Eine Diffusion der Ertränkungsflüssigkeit in das Venenblut tritt bei frischen Leichen nicht ein. Das Venenblut behält die hohe

Tabelle I.

Nr.	Gefrierpunkt						Hämolyse			Menge der eingegossenen Flüssigkeit	Std.-Zahl des Versuches bis zur Ausführung der Section verfloß.
	linken Herz	rechten Herz	Pfortader	Lungensaft	Pleurainhalt	Herzbeutel-Flüssigkeit	linkes Herz	rechtes Herz	Pfortader		
1	0,40°	0,74°	0,92°	LU=0,38°	0,34°	0,71°	intensiv	rot	rot	1200 ccm	24 h
2	0,84°	0,84°	1,02°	RU=0,29°	—	0,82°	rot	intensiv	intensiv	1800 „	1 h
3	0,64°	0,70°	0,86°	LU=0,30° RU=0,27°	—	0,64°	gelblichrot	rot	rot	1200 „	24 h
4	0,39°	0,72°	0,90°	LO=0,53° RO=0,45° LU=0,24° RU=0,24°	0,28°	0,68°	intensiv	wenigst intensiv als im linken Herzen	weniger intensiv	2000 „	24 h
5	0,78°	0,90°	1,06°	LO=0,57° LU=0,35°	—	—	rot	intensiv	intensiv	1000 „	3 h
6	0,73°	0,72°	0,93°	LO=0,61° RO=0,54° LU=0,31° —	R = 0,74° L = 0,54°	0,77°	—	—	—	1500 „	24 h
7	0,69°	0,71°	0,98°	LO=0,45° LU=0,43°	—	—	gelblichrot	rot	intensiv	1000 „	24 h
8	0,45°	0,71°	0,88°	RU=0,31°	0,44°	0,65°	intensiv	rot	rot	1900 „	15 Min.

Konzentration, auf welche es infolge des osmotischen Druckausgleichs mit den Geweben und infolge der Fäulnis gelangte. Immerhin tritt die Blutverdünnung, wie Tabelle I ebenfalls lehrt, selbst bei reichlichem Wassereinguß nur in dem kleineren Teil der Fälle ein.

Für die forensische Diagnostik ist im einzelnen folgendes zu bemerken.

Der Übertritt von Ertränkungsmedium in das noch kreisende Blut führt zu einer Verdünnung der gesamten Blutmasse, der Übertritt in den Gefäßinhalt der Lungenkapillaren nach Sistierung der Zirkulation nur zu einer Verdünnung des Arterienblutes, d. h. des Inhaltes derjenigen Gefäßabschnitte, mit welchen das verdünnte Blut in Diffusionsaustausch tritt.

Ist außer dem Arterienblut, wenn auch stets in geringerem Grade das Venenblut verdünnt, so handelt es sich um Ertränkungsflüssigkeit, die während des Submersionsvorgangs d. h. vital in die Luftwege eindrang.

Große Unterschiede in der Blutkomposition des rechten und linken Herzens angeblich Ertrunkener, deren Venenblut nicht verdünnt ist, sprechen für den Übertritt der Ertränkungsflüssigkeit in das nicht mehr fließende Blut.

Farbstoffaustritt findet sich bei postmortalen Einwirkung von Süßwasser auf das Blut im Arterien-, nicht aber in gleichem Grade im Pfortaderblutserum.

Tabelle II.

Nr.	Gefrierpunkt				Ertränkungsflüssigkeit nachweisbar (+) nicht nachweisbar (-) durch		
	Linkes Herz	Rechtes Herz	Lunge	Pleurahöhle	Blut	Lungenbefund	Planktonbefund
1	0,67°	0,72°	—	—	—	—	+
2	0,51°	0,73°	LU = 0,36° LO = 0,43° RU = 0,41° RO = 0,44°	0,47	+	+	+
3	0,49°	0,81°	RO = 0,49° RM = 0,44°	0,53	+	+	+
4	0,59°	0,61°	0,61°	—	—	—	+
5	0,48°	0,75°	RO = 0,37° RM = 0,38° LO = 0,34° LU = 0,36°	0,48	+	+	+
6	0,68°	0,69°	0,70°	0,69	—	—	—
7	0,53°	0,61°	LU = 0,41° LO = 0,43° RM = 0,43° RO = 0,43° LO = 0,37° LU = 0,31° RO = 0,29° RU = 0,34°	—	+	+	+
8	0,50°	0,69°	RO = 0,41° RU = 0,13°	0,38	+	+	+
9	0,51°	0,62°	0,49°	0,53	+	+	+
10	0,65°	0,68°	0,66°	0,68°	—	+	+
11	0,79°	0,84°	0,66°	0,72	—	—	—
12	0,57°	0,59°	0,45° 0,56°	—	—	+	+
13	0,79°	0,87°	LO = 0,51° RU = 0,67° RO = 0,73°	—	—	+	+
14	0,46°	0,61°	0,45°	0,51	+	+	+
15	0,59°	0,61°	0,59°	0,61	—	—	+
16	0,63°	0,76°	RO = 0,40° RM = 0,29° RU = 0,49° LO = 0,44° LU = 0,49° LO = 0,41° LU = 0,45° RO = 0,39° RM = 0,46°	0,51	—	+	+
17	0,50°	0,66°	—	—	+	+	+
Summe:					8	12	15

RO = Rechter Oberlappen, RM = Rechter Mittellappen, RU = Rechter Unterlappen, LO = Linker Oberlappen, LU = Linker Unterlappen

Tabelle II umfaßt die im Winter 1903/04 untersuchten frischen Wasserleichen. Unter 17 Fällen ließ sich die Ertränkungsflüssigkeit im Herzblut nachweisen in 8 Fällen, in der Lunge durch die Kryoskopie in 12, durch die Planktonmethode in 15 Fällen. Die große Zahl der positiven kryoskopischen Befunde ist für die Wintermonate charakteristisch.⁵⁾

Unter den 8 Fällen mit nachweisbarer Blutverdünnung zeigen 3 (2, 3, 5) sehr große Unterschiede in der Molekularkonzentration des Blutes beider Herzhälften. In keinem Falle ist gleichzeitig das Venenblut verdünnt. Die Ertränkungsflüssigkeit gelangte also in allen Fällen erst nach dem Aufhören der Zirkulation in die Blutbahn. Fälle vitaler Blutverdünnung fehlen. Das ist ein zufälliges Zusammentreffen. Wir haben wiederholt Fälle beobachtet mit gleichzeitiger Verdünnung des Venenblutes, wenn auch begreiflicherweise die Zahl derselben hinter den übrigen bedeutend zurückbleibt.

Wie man sieht, läßt sich mit Hilfe der kryoskopischen Ergebnisse zwar in jedem Falle sagen, ob das Wasser in das noch fließende Blut eindrang, oder ob die Zirkulation bereits sistierte, als das Blut mit der Ertränkungsflüssigkeit in Berührung kam. Einen sicheren Hinweis auf den Vorgang des Ertrinkens erhalten wir indes nur in wenigen Fällen.

Einen Schritt weiter kommen wir, wenn wir andere bei der Untersuchung ertrunkener Menschen gewonnenen Erfahrungen heranziehen und dadurch zu einer exakten Wertung der kryoskopischen Befunde zu gelangen versuchen, daß wir gleichzeitig die Verteilung des Planktons in der Lunge berücksichtigen.

Das vom Ertrinkenden eingeatmete Wasser verteilt sich, dem Inspirationsluftstrom folgend, in der ganzen Lunge. Das postmortal eindringende Ertränkungsmedium wird entweder angesogen (durch die Abkühlung der Lungenluft oder durch die elastische Ausdehnung des durch äußere Gewalteinwirkung komprimierten Brustkorbs) oder in die Luftwege gewaltsam hineingepreßt. Seine Verteilung ergibt sich nach den Gesetzen der Schwere. Die gleichmäßige Verteilung der suspendierten Bestandteile der Erstickungsflüssigkeit über das gesamte Lungengewebe ist nach unserer Erfahrung eins der sichersten Zeichen des vitalen Eindringens derselben, praktisch von größter Bedeutung, da die gewöhnlichen Ertränkungsmedien durchweg unreinigt sind.

Die Verteilung des Planktons auf das Lungengewebe stellte in allen Fällen mit positivem kryoskopischen Untersuchungsergebnis (sowohl den in der Tabelle verzeichneten, wie auch den übrigen von uns beobachteten) das vitale Eindringen der Suspensionsflüssigkeit außer Frage. Es liegt kein Grund vor anzunehmen, daß in diesen Fällen die kryoskopisch nachweisbare Ertränkungsflüssigkeit zu einem anderen Zeitpunkt, d. h. postmortal in die Luftwege eindrang, als die an ihren suspendierten Bestandteilen erkannte.

In den zur Sektion gelangten, wenig zahlreichen Fällen mit negativem Planktonbefund entsprachen die kryoskopischen Werte der gewöhnlichen Fäulnis. Einen Fall postmortalen Eindringens der Ertränkungsflüssigkeit in die Luftwege einer frischen Wasserleiche (kryoskopisch nachweisbares Oedema aquosum eines oder mehrerer Lappen, trotz algenreicher Ertränkungsflüssigkeit Fehlen von Planktonorganismen im subpleuralen Gewebe der übrigen Lappen), hatten wir trotz unseres recht umfangreichen Untersuchungsmaterials zu beobachten keine Gelegenheit. Es ist daher zwar nicht als Gesetz, aber doch als Regel anzusehen, daß die bei frischen Wasserleichen nachweisbaren Verdünnungen der Brusthöhlenflüssigkeiten durch den Ertrinkungsvorgang und nicht durch Einfließen von Wasser in die Luftwege des Kadavers erzeugt werden. Die mikroskopische Methode ist der kryoskopischen sowohl hinsichtlich der Anwendbarkeit, wie auch bezüglich der Feststellung des vitalen Eindringens des Er-

tränkungsmediums überlegen. Ihr gebührt daher für die Untersuchung des gewöhnlichen gerichtsarztlichen Materials, bei dem planktonreiche Gewässer in Betracht kommen, der Vorzug. Sie versagt aber gänzlich in den allerdings selteneren Fällen, in welchen das Ertränkungsmedium frei von suspendierten Bestandteilen war. Für diese Fälle gewinnt die eben angeführte Regel eine hohe praktische Bedeutung.

Anmerkungen.

- ¹⁾ Vgl. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin 1904 XXVII. 2.
- ²⁾ Brouardel, Pendaion etc. 1895 S. 461.
- ³⁾ Carrara. Arch. ital. de biol. 1901 S. 350.
- ⁴⁾ Stoenescu, Annales d'hygiene publique 1903 S. 9.
- ⁵⁾ Vgl. eine a. a. O. (Münchner med. Wochenschrift 1905) veröffentlichte Sommertabelle.

Hamburg, den 8. Februar 1905.

Die praktische Untersuchung auf Farbenblindheit zum Zweck der Feststellung der Tauglichkeit zum äußeren Eisenbahndienst.¹⁾

Von
Dr. Augstein-Bromberg

M. H! Sehen Sie unsere Sitzungs-Protokolle durch, so finden Sie, daß seit dem Jahre 1889 uns neunmal die Prüfung auf Farbenblindheit und alles was damit zusammenhängt, beschäftigt hat. Man kann unmöglich verlangen, daß jeder Arzt diese schwierige Materie beherrscht; aber unerlässlich ist es, sich mit den Resultaten der Forschungen bekannt zu machen. Denn nur auf diese Weise ist es möglich, die außerordentlich mannigfachen Prüfungsergebnisse mit den uns zur Verfügung stehenden Proben richtig zu bewerten und zu einem unanfechtbaren Urteil über Tauglichkeit oder Untauglichkeit zu kommen. Wir müssen uns vergegenwärtigen, daß die wissenschaftliche Prüfung auf den Farbensinn allein möglich ist am Spektralapparat und durch Einstellung von Gleichungen mit spektralen Farben durch den Maxwell'schen Farbenkreis. Ein besonderes Gewicht ist auch auf die im allgemeinen noch zu wenig bekannte Tatsache zu legen, daß die typische Abweichung vom normalen trichromatischen Farbensystem mit seinen festgestellten Empfindungskurven für Rot, Grün und Violett keineswegs nur in der hinlänglich bekannten Form des trichromatischen Systems (also Rot-, Grün- und Violettblindheit) vorkommt, sondern daß wir im sogenannten „anormalen“ trichromatischen System eine typische Ausfallserscheinung haben, die ganz analog der Rot- bzw. der Grünblindheit ist. Diese anomalen Trichromaten haben also im Spektrum keineswegs eine Verkürzung oder einen Ausfall einer Farbe (wie die Farbenblinden), sondern in dem einen Typus²⁾ ist die Empfindungskurve für Grün der des Rot angenähert, und der andere Typus³⁾ stellt sich analog der Rotblindheit an die Seite. Gemeinhin werden die „anormalen“ Trichromaten identifiziert mit den sogenannten „Farbenschwachen“, was für praktische Zwecke wohl ohne Schaden geschehen kann. Immerhin mußten wir wissen, daß beide Erscheinungen wissenschaftlich differenziert werden.⁴⁾ Eine Mischung von spektralem Rot und Grün zu

Gelb fällt nämlich bei einem anomalen Trichromaten anders aus wie bei einem normalen Trichromaten, und je nachdem zuviel Grün oder zuviel Rot dazu gebraucht wird, wird auch zugleich der eine oder der andere Typus der anomalen Trichromaten diagnostiziert; die „Farbenschwachen“ aber wählen die Gleichung Rot + Grün = Gelb, ebenso wie der völlig Farbentüchtige. Eine sehr sichere Diagnose der anomalen Trichromaten hat Nagel (s. n. c.) durch seinen Apparat zur Diagnose der Farbenblindheit¹⁾ gefunden. Bei Nebeneinanderstellung von Rot und Gelb in diesem Apparat nennen alle anomalen Trichromaten durch „gesteigerten Kontrast“ das Gelb Rot, während dies weder die Normalen, noch die Farbenschwachen tun. Sämtliche anomalen Trichromaten sind farbenschwach, also die Unterschiedsempfindlichkeit ist gesunken, so daß namentlich auch die Distanz vom farbigen Objekte eine große Rolle spielt. Endlich dürfen wir nicht vergessen, daß neben diesen wissenschaftlich festgestellten Typen der Ausfalls-Erscheinungen noch alle möglichen Übergänge in der Farbenempfindung vorkommen. Nun fragt es sich, ob wir aus unseren, uns zur Verfügung stehenden Proben imstande sind, in jedem Falle ein richtiges Urteil abzugeben, ob der Geprüfte den praktischen Anforderungen gewachsen ist.

Im Jahre 1903 habe ich sowohl hier in unserer Versammlung in Berlin wie in der allgemeinen Deutschen Bahnarztversammlung in München von praktischen Prüfungen Farbenblinder auf dem Bahndamm mit wirklichen farbigen Signalen berichtet. Es hatte sich dabei folgendes interessante Resultat ergeben: nur ein geringer Bruchteil, etwa 1% der Rotgrünblinden versagte völlig, die meisten machten bei etwa zehnmalem Wechsel zwei bis drei Falschnennungen und endlich war 1% imstande, bei beliebig häufigem Wechsel sofort die Farbe richtig zu nennen. Dabei ist zu erwähnen, daß die meisten ihre Unsicherheit in der Erkennung zugaben, darunter ein Regierungsbaurat, der sich in praktischen Verhältnissen durch ein Pincenez hilft, das ein rotes und ein grünes Glas hat. Es mußte die Vermutung auftauchen, daß diejenigen, die die Signale stets erkannten nur schwachen Farbensinn hatten. Bei der so wichtigen Rolle, die der „schwache Farbensinn“ spielt, entstehen sofort zwei Fragen:

1. Ist der schwache Farbensinn sicher als solcher bei der Prüfung festzustellen und von Farbenblindheit zu unterscheiden?
2. Ist es gestattet, Personen mit schwachem Farbensinn zum Fahrdienst zuzulassen?

Zunächst möchte ich mir erlauben, ihnen hier die vierte Auflage von Hermann Cohns „Täfelchen zur Prüfung des feinen Farbensinns“ mit Benutzung des Meyerschen Florkontrast vorzulegen. Ich habe etwa 500 Prüfungen mit dem Florkontrast gemacht und kann nur sagen, daß dieses Cohnsche Täfelchen in der 4. Auflage hervorragend brauchbar ist. Bezeichnet jemand sicher die Seite, nach welchen die Haken sich öffnen, so ist er zweifellos farbentüchtig. Cohn sagt: „Wer sie nicht erkennt, ist aber immer noch nicht farbenblind, er kann auch nur Schwäche des Farbensinns haben, deren Grad man durch andere Proben bestimmen kann.“

Es darf wohl keinem Zweifel unterliegen, daß wir mit der Holmgren'schen, Stillingschen und Nagelschen Punktprobe imstande sind, den schwachen Farbensinn festzustellen. Sehr notwendig ist es dabei, sich genau an die jeder von diesen Proben beigegebenen Vorschrift über die Untersuchungsmethode zu halten. Wir entdecken dabei die mannigfachsten Abstufungen der Farbenschwäche und werden nach den Untersuchungen von

¹⁾ Nach einem Vortrag im Verein der Eisenbahnärzte für die Direktionsbezirke Bromberg, Königsberg und Danzig in Berlin am 25. November 1904.

²⁾ s. Helmholtz, Physiologische Optik, 2. Aufl. S. 259.

³⁾ s. Levy, Über einen zweiten Typus des anomalen trichromatischen Farbensystems, Dissert. Freiburg 1903.

⁴⁾ Herr Professor W. A. Nagel: Die Diagnose der anomalen trichromatischen Systeme, Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, XIII. Jahrgang, I. Band, April.

¹⁾ Professor W. A. Nagel, Beiträge zur Diagnostik, Symptomatologie und Statistik der angeborenen Farbenblindheit. Archiv für Augenheilkunde, Bd. 38, 1898 in Bd. 41. I. 1899.

Nagel (l. c.) nicht daran zweifeln dürfen, daß im ganzen Komplex dieser „Farbenschwachen“ sich sowohl anomale Trichromaten, als auch Farbenschwache mit normalem trichromatischem System befinden, ja daß sogar Rotgrünblindheit mit unterlaufen kann. Unter diesen die differentiale Diagnose zu stellen, ist außer am Spektral-Apparat auf viel einfachere Weise möglich durch den schon erwähnten Apparat zur Diagnose der Farbenblindheit des Herrn Nagel. Aber eine Notwendigkeit hierzu liegt nicht vor, da jene Proben für praktische Verhältnisse ein ausreichendes Urteil gestatten. Ich habe auch große Bedenken, ob die Intelligenz der zu Prüfenden, namentlich bei uns im Osten zur Beantwortung der Fragen am Nagelschen Apparat ausreicht. Dagegen würde ich in zweifelhaften Fällen unbedingt eine praktische Prüfung empfehlen und bin überzeugt, daß diese sich ebenso bewähren wird, wie sie sich bisher in zweifelhaften Fällen zur Prüfung der Schärfe bewährt hat.

Ich wandte mich nun schriftlich an die Herren Professor Uthoff und Cohn, namentlich zur Entscheidung der Frage, ob Personen mit schwachem Farbensinn zum Fahrdienst zuzulassen seien. Professor Cohn hatte die Freundlichkeit mir folgendes zu antworten: „Ich würde niemand zum Fahrdienst zulassen, der nicht diese Kontrastprobe (also das Ihnen gezeigte Täfelchen) auf Anhieb besteht. Denn wenn dann ein Unglück vorkommt, würde er sich mit seiner Schwäche herausreden. Es ist möglich, daß er ohne eine Verwechslung der Signale zu machen, fährt; denn wenn er auch nicht rot als rot und grün als grün sieht, wie wir Normalen, so sieht er doch beide Laternen verschieden und er übt sich schon um nicht entdeckt zu werden, die eine Farbe, wie sie die Normalen bezeichnen, rot zu nennen und die andere grün. Trotzdem bleibt ihm eine Farbenschwäche, die ebenso wie die Farbenblindheit angeboren ist.“

Herr Professor Uthoff hatte die Güte, zu erwidern: „Der typisch Rotgrünblinde ist untauglich für den Fahrdienst; es würde ein unverantwortlicher Rückschritt in der Aufhebung der Farbenprüfung und Belassung der Rotgrünblinden im Fahrdienst zu erblicken sein. Der sogenannte schwache Farbensinn (anomaler Trichromat) ist jedenfalls eine relativ seltene Erscheinung, die ich, wenn sie Holmgren, Stilling usw. richtig bestehen, auch im Fahrdienst für verwendbar halte. Ich glaube, daß die sorgfältige Anwendung einer Wahlprobe und einer pseudo-isochromatischen Probe schließlich genügt, um die Frage der Brauchbarkeit für den Fahrdienst richtig zu entscheiden, und zwar in positivem Sinne, wenn sie bei zahlreichen Wiederholungen richtig bestanden werden. Danach würde ich auch Farbenschwache für tauglich zum Fahrdienst halten.“ So sehen wir hier einen Widerspruch bei der zweiten Frage, und sehr interessant ist es, daß auch wir in unsern Verhandlungen im Laufe der Zeit unsere Meinung änderten; nämlich vom absoluten Ausschluß der „Farbenschwachen“ im Jahre 1892 zu der Überzeugung, daß Farbenschwache unbedenklich eingestellt werden können, im Jahre 1897.

Nagel und Feilchenfeld¹⁾ sind für Ausschluß der anomalen Trichromaten. Ich habe schon auseinander-gesetzt, wie schwierig ihre Diagnose ist; sie gehören alle zu den Farbenschwachen und werden durch die Holmgrensche-Stillingsche und Nagelsche Punktprobe entdeckt und praktisch kommt es allein auf den Grad des schwachen Farbensinns bei ihnen an. Nagel hat offenbar im Jahre 1899 unsern Standpunkt geteilt, wenn er sagt:²⁾ Betonen möchte

ich schließlich noch, daß ich es für bedenklich, ja für ein schweres Unrecht halten müßte, wenn man alle diejenigen Personen, die bei der Wellprobe größere Fehler machen, praktisch als farbenblind behandelte, d. h. sie vom Eisenbahn- und Marinedienst zurückweisen wollte, namentlich aber Personen, die schon im Dienst sind, bei den meines Wissens vorgeschriebenen von Zeit zu Zeit wiederholten Untersuchungen aus diesem Anlasse entlassen wollte.“ Er stellt dann die Forderung, daß der Farbensinn der fovea centralis allein für sich geprüft wird, und hat zu diesem Zweck mit farbigen Glasstücken, die von hinten her beleuchtet sind, geprüft, um die Verhältnisse der Wirklichkeit nachzuahmen (also wie in der Laterne von Eversbusch). Praktische Prüfung im gegebenen Falle würde ich noch mehr empfehlen.

Ich glaube, daß wir mit Recht unsern Standpunkt, Farbenschwache zuzulassen, beibehalten können. Soviel ist aber sicher, daß, bewußt oder unbewußt, die Behandlung der „Farbenschwachen“ überall eine verschiedene gewesen und für mich besteht gar kein Zweifel, daß gerade nur aus diesem Umstande bei einigen der Wert der ganzen Farbensinnprüfung in Mißkredit gekommen ist. Farbenschwache sind als untauglich erklärt worden, und dieselben verraten den Signalen gegenüber keine Unsicherheit; und bei der Prüfung werden solche Personen je nach dem verschiedenen Standpunkt des Begutachters als „tauglich“ oder „untauglich“ erklärt. Was Wunder, wenn für oberflächliche Betrachtung sich die größte Unsicherheit in der Beurteilung ergibt.

So hielt Herr Sanitätsrat Dr. Ullersberger auf dem dies-jährigen allgemeinen deutschen Bahnarzttag zu Metz eine Rede über farbige Signale, die kurz ausgedrückt, etwa folgenden Inhalt hat: Der Nutzen der ganzen Farbensinnprüfung ist problematisch, denn erstens ist noch kein Unfall aus Farbenblindheit vorgekommen und zweitens ist die Untersuchung unsicher, denn es liegen 28 Fälle vor, in denen nicht nur ein Bahnarzt dem widersprechen, sondern eine Autorität der anderen widersprochen hat; er glaubt nicht, daß die Sicherheit des Betriebes von der Sicherheit des Farbensinns abhängt; glaubt man das ernstlich, so müssen die farbigen Signale abgeschafft werden. Der außer-ordentlich zuversichtliche Ton der Rede ist unbeeinflusst durch etwaige Bedenken, wie sie doch hie und da einem aufstoßen mußten, der sich mit Studien über Farbenblindheit beschäftigt hat und z. B. bei praktischen Prüfungen auf dem Bahndamm die Verwechslungen sieht und das Geständnis intelligenter Farbenblinder hört, daß von einer Sicherheit des Erkennens keine Rede sein kann. Ullersberger sagt: Dieses Faktum — nämlich, daß kein Unfall bisher durch mangelnden Farbensinn vorgekommen — diese von keiner Seite bestrittene Tatsache ist immerhin der höchsten Beachtung wert und hätte sehr wohl verdient, in Rechnung gestellt zu werden, als Theoretiker das Dogma von der theoretischen Gefahr konstruierten, in der das reisende Publikum, die Zugbegleitungs-personen und schließlich der ganze Betrieb mit dem angrenzenden Gelände schweben sollte, falls ein Lokomotivbeamter wegen mangelnden Farbenunterscheidungsvermögens nicht imstande wäre, die gegebenen Signale zu erkennen, und nun mit seinem Zuge ins dunkelste Ungefähr hineinstürmte.“ Hierzu will ich nur bemerken, daß keine Theoretiker theoretische Gefahren konstruierten, sondern daß der Untergang eines Segelschiffes im Golf von Biscaya in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts der Anlaß war, die Farbenuntersuchung für Marine und Eisenbahn einzuführen. Dann heißt es weiter: „Dieser Alarmruf der Theoretiker, einmal ausgestoßen und mit den bekannten Mitteln der Publizistik jedermann und vor allem den verantwortlichen Bahnverwaltungen eindringlichst und stets von neuem ins Ohr geschrien, erregte kein geringes Gruseln sozu-

¹⁾ Dr. Hugo Feilchenfeld: Sind die anomalen Trichromaten tauglich zum Eisenbahndienst? Archiv für Augenheilkunde I. Band, erstes Heft.

²⁾ Beiträge zur Diagnostik etc. der Farbenblindheit, Archiv für Augenheilkunde 28. Band S. 65.

sagen bei tout le monde. Mit der Naivität war es vorbei und die Periode der Untersuchungen hub an.“

Weiter schildert er ganz ergötzlich, wie vom Schlosserlehrling bis zu einer 30jährigen Dienstzeit eine 35malige Untersuchung vorkommen kann. Er wird gefühlvoll, wenn er von den im Dienst befindlichen oder eben aus schwerem Dienst heimkehrenden und der Ruhe bedürftigen Beamten spricht, die dem untersuchenden Arzt zugeführt werden. Er spricht von der Unsicherheit und Ungleichmäßigkeit und der damit verbundenen Unzuverlässigkeit der Ergebnisse, da es nicht gleichgültig ist, ob ein ermüdeter oder ausgeruhter Beamter auf solch feine Funktion untersucht wird, von der Spannkraft des Arztes, dem kurzerhand eine Aufgabe zugewiesen wird, die er unter den gegebenen Verhältnissen einfach nicht lösen kann und von der Unsicherheit der Methode. M. H.! Wir erfahren es jeden Tag, daß die Spannkraft des Arztes viel höheren Anforderungen standhalten muß als einer Farbenprüfung, auch läßt sich nach meinen Erfahrungen nicht annehmen, daß diese für die Beamten eine Beeinträchtigung ihrer Ruhe ist.

Im besonderen muß ich der Ansicht widersprechen, daß es ein Unterschied wäre, ob ein ausgeruhter oder ermüdeter Beamter geprüft wird. Die Muskelkraft kann ermüden, überhaupt jede Kraft kann ermüden; von einer Ermüdung des Farberkennens zu sprechen, ist eine *contradictio in adjecto*; es ist eine Fähigkeit der Netzhaut-Elemente, die entweder stets vorhanden ist oder nicht vorhanden ist; sonst wäre ja die Folge, daß ein Lokomotivführer sagen könnte: Ich bin heute soviel Hunderte von Kilometern gefahren, daß ich jetzt nicht mehr die Signale erkennen kann. Nach all diesen Ausführungen hätten wir nun erwartet zu hören: „Weg mit der ganzen Farbensinnprüfung“, aber da verblüfft der Redner wieder durch die Wendung: „Es kann ja keinem Zweifel unterliegen, daß, solange die auf einer gewissen Sehschärfe und auf richtigem Farbenunterscheidungs-Vermögen beruhenden Farbensignale beibehalten werden, die hier in Frage kommenden Beamten auf Sehschärfe und höheres und promptes Farbenunterscheidungsvermögen geprüft werden müssen, nur nicht zu oft, etwa einmal bei der Einstellung und dann noch einmal zwischen dem 40.—45. Lebensjahr.“ Also wir sind wieder auf gemeinsamem Boden unserer Anschauungen. Und nun der mehr ernst zu nehmende Teil der Auseinandersetzungen: Es besteht gar kein Zweifel, daß alle bis jetzt bekannten Methoden der Prüfung auf Farbenunterscheidungsvermögen Mängel an sich haben und keinerlei Gewähr der Sicherheit bieten, nicht etwa nur in den Händen der praktischen Ärzte und Bahnärzte, sondern auch in den Händen berühmter Fachleute. In 28 Fällen hätten sich in jedem Einzelfall die Angaben der untersuchenden Ärzte mit Grazie in infinitum widersprochen. Neun Fälle sind in einer Tabelle namentlich mit den Untersuchungsergebnissen angeführt. Diese Tabelle gibt allein das widersprechende Untersuchungsergebnis ab, ohne auf das Resultat der einzelnen Untersuchungs-Methoden Rücksicht zu nehmen, einmal ist sogar als Resultat der Kommissions-Untersuchung angegeben: „Farbensinn zweifelhaft.“ (!) Meines Erachtens hat eine solche Angabe allein gar keinen Wert. Soll ein Urteil über einen fraglichen Fall, namentlich gar in höherer Instanz abgegeben werden, so muß das Urteil lauten:

1. Ausgang der Probe mit Florcontrast,
2. „ „ „ „ Holmgreen,
3. „ „ „ „ Stilling,
4. „ „ „ „ Nagel.

Dieses ist die geringste Anforderung; gut ist es, wenn noch andere Proben dazu kommen, z. B. die Probe mit der Laterne von Eversbusch und, ist die Prüfung in einer Universitätsklinik gemacht, so kann mit Fug und Recht auch die Angabe des Spektrums und der Farbengleichungen verlangt werden. M. H.!

Ebenso wie Sie z. B. als Gutachter bei einem Schiedsgericht für Arbeiter-Versicherung unmöglich allein sagen können: Der begutachtete Arbeiter X hat traumatische Neurose, hat eine Luxation in dem oder jenem Gelenke, hat einen Riß in der Aderhaut des Auges usw. ohne die Grundlagen anzugeben, auf denen sie zu solcher Anschauung gekommen sind, ebenso gut mußten die Grundlagen der Prüfungen angegeben werden, auf denen das Urteil „Farbenblind oder nicht Farbenblind“ ausgesprochen ist. Erst dann läßt sich eine Kritik ausüben, die hier oder dort den wunden Punkt schon sicher treffen wird. Ich habe vor 30 Jahren noch einer Prüfung auf Farbenblindheit beigewohnt, in der der Aspirant gefragt wurde, „Welche Farbe hat dies Löschpapier? „Welche Farbe das Tuch des Tisches? und muß in Erinnerung daran auch mit Ullersberger sagen: „Mit der Naivität ist es vorbei, und die Periode der Untersuchungen hub an.“ —

Selbstverständlich kann es ferner gar keine Frage sein, daß es sich in der Mehrzahl dieser fraglichen Fälle um schwachen Farbensinn gehandelt hat, da es bei gewissenhafter Untersuchung ganz ausgeschlossen ist, daß wirkliche Rotgrünblindheit in mehrfachen Untersuchungen, wobei der Einzelfall bereits als dubiös hingestellt wird, übersehen werden kann. Bei dem schwachen Farbensinn kommen alle Erwägungen zur Geltung, die ich zu Anfang angeführt habe. — Da hilft es dem Herrn Ullersberger nichts, wenn er den alten sehr tüchtigen Betriebsdirektor ins Treffen führt, der auf seine Anfrage schrieb, daß er die von den Ärzten vorgenommenen Prüfungen nahezu für wertlos erachtete, weil sechs Kandidaten, deren Farbensinn in Frage gestellt wurde, nachdem sie ungleiche Farbenbündel zusammenlegten, doch rot und grün an den Signalmasten bei Nacht mit Leichtigkeit auf 300 m erkannten. Dem alten, sehr tüchtigen Betriebsdirektor können wir ein solches Urteil nicht übel nehmen. Aber Herr Ullersberger, der doch wahrscheinlich technischer Beirat des „alten sehr tüchtigen Betriebsdirektors“ war, der gar nicht nötig hatte, die Frage der Farbenblindheit zu studieren, hätte ihm unter Umständen sehr wichtige Aufklärungen geben können. Die Naivität ist dieselbe, ob geprüft wird: Welche Farbe hat das Löschpapier? oder ob „der alte sehr tüchtige Betriebsdirektor“ findet, daß die Signale richtig erkannt werden.

M. H.! Etwas Gutes hat der Vortrag des Herrn Ullersberger doch gehabt oder vielmehr ich hoffe, daß er indirekt es dadurch haben wird, daß wir bei den Prüfungen in Zukunft noch mehr auf den schwachen Farbensinn achten werden. Ich schlage vor, den Gang der Prüfung folgendermaßen einzurichten, wie ich seit vielen Jahren tue:

Florcontrast-Prüfung mit Cohns Täfelchen zur Prüfung feinen Farbensinns.

Ist der Ausfall positiv, so schließe hiermit die Prüfung und zwar ist mit absoluter Sicherheit völlig normale Farbenempfindung festgestellt.

Ist der Ausfall negativ, so kann vorliegen:

1. Rotgrünblindheit,
2. schwacher Farbensinn

und man geht über zu Holmgren, Stilling und Nagelscher Punktprobe zur Entscheidung dieser Frage.

Bei dem Ergebnis schwacher Farbensinn ist eventuell eine praktische Prüfung zu befürworten. Derselbe ist nicht prinzipiell vom Fahrdienst auszuschließen.

Schließlich noch ein Wort über Wiederholungs-Prüfungen.

Professor Uthoff schreibt mir dazu: Ich halte eine Nachprüfung wie vorgeschrieben, für notwendig, da gerade Störungen des Farbensinns zuerst den Beginn eines Sehnervenleidens verraten können, — und ich glaube, daß wir unsere Zustimmung dazu ausdrücken können.

Sind Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet, ihre Firma in das Handelsregister einzutragen zu lassen?*)

Von

Dr. Max Edel-Charlottenburg.

Die Frage, ob Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet sind, ihre Firma in das Handelsregister einzutragen zu lassen, hat zur Zeit eine aktuelle Bedeutung gewonnen. Es mag dies manchem von Ihnen befremdlich erscheinen, welcher diesem Gegenstand noch keine Beachtung zu schenken brauchte und dessen eingedenk ist, daß die Ausübung des ärztlichen Berufes eine freie Kunst, eine Ars liberalis ist.

An unsere und die Kahlbaumsche Anstalt in Görlitz ist in den letzten Jahren die gerichtliche Aufforderung zur Eintragung in das Handelsregister ergangen. Dasselbe werden voraussichtlich in nächster Zeit weitere Privatkrankenanstalten erfahren. Wie ich höre, ist auch bereits gegen eine andere größere Irrenanstalt ein derartiger Antrag gestellt worden. Obwohl der in unserem Prozesse ergangene Kammergerichtsbeschuß kurz in politischen und Fachzeitungen mitgeteilt wurde, glaube ich doch, daß ein näheres Eingehen auf die aufgeworfene Frage von ärztlicher Seite hier interessieren dürfte.

Wenn ich das Thema daher in diesem Verein zur Sprache bringe, so geschieht es nicht sowohl, weil Privativirrenanstalten soviel ich weiß zunächst in Betracht gezogen wurden, als vielmehr um die diesbezügliche Rechtslage zu erörtern und irrümlichen Anschauungen der Handelskammer über ärztliche Dinge entgegenzutreten. Bei den juristischen Fragen bin ich in dankenswerter Weise von Herrn Rechtsanwalt Dr. Friedländer in Charlottenburg unterstützt worden, welcher unseren Prozeß erfolgreich durchgeführt hat.

Ich schicke voraus, daß die Gerichtsentscheidung bei der Dr. Kahlbaumschen und unserer Anstalt zu entgegengesetzten Resultaten geführt hat, indem wir von der Verpflichtung zur Eintragung unserer Firma ins Handelsregister freigekommen sind, während Herr Dr. Kahlbaum, wie er die Freundlichkeit hatte, uns mitzuteilen, laut Beschluß des Kammergerichts vom Mai 1902 verpflichtet worden ist, seine Anstalt ins Handelsregister einzutragen zu lassen. Sich zu Kaufleuten bzw. zu Großkaufleuten zu rechnen, ist zwar nichts weniger als eine Schande, jedoch werden wir Ärzte es vorziehen, auch als Anstaltsbesitzer in rein wissenschaftlichem Ruf zu stehen.

Wie es in dem Kommentar von Fuisting, die preußischen direkten Steuern III. Band, Seite 5 heißt, sind alle Ärzte insoweit Gewerbetreibende im Sinne der Gewerbeordnung, als sie ohne Ausnahme einer gewerbepolizeilichen Approbation, und Unternehmer einer Privatkrankenanstalt in soweit, als sie einer polizeilichen Genehmigung bedürfen. Trotzdem sind die freien Berufe der Ärzte und Rechtsanwälte in Preußen sowie in den meisten deutschen Staaten niemals für einen Gewerbebetrieb gehalten worden.

Der § 4 Nr. 7 des Gewerbebesteuergesetzes vom 24. Juni 1891 spricht denn auch ausdrücklich aus, daß die Ausübung des Berufs als Arzt nicht der Gewbesteuer unterliegt.

Demgemäß müßte man eigentlich denken, daß auch die ärztlichen Inhaber der Privatkrankenanstalten von der Gewbesteuer frei geblieben wären. In der Ausführungsanweisung zum § 4 Nr. 7 des Gewerbebesteuergesetzes (vom

4. Nov. 1895 Artikel 9 Nr. 3d Abs. 2) steht: „Inwieweit die Unterhaltung von Heilanstalten (Privat-, Kranken- und Irrenanstalten, Sanatorien und dergleichen), auch wenn sie mit der Ausübung des ärztlichen Berufes verbunden ist, als steuerpflichtiger Gewerbebetrieb anzusehen ist, ist nach den tatsächlichen Umständen des einzelnen Falles zu beurteilen.“ Daraufhin wurden die ärztlich geleiteten Anstalten auf Grund der Entscheidungen des königlichen Oberverwaltungsgerichts in Staatssteuersachen (siehe diese Bd. III S. 250 ff.) nur unter besonderen, von den Ärzten nachzuweisenden Umständen, welche das Überwiegen von Erwerbszwecken ausschlossen, nicht als gewerbliche Unternehmen betrachtet und in der Regel für steuerpflichtig erklärt. Erst in den letzten Jahren, nachdem wir anderthalb Jahrzehnt die Gewbesteuer entrichtet haben, sind nun wohl schon die meisten ärztlich geleiteten Anstalten von der Gewbesteuer befreit worden. Die betreffende Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts (Peters und Heinsius Entscheidung des VI Senats I Kammer vom 5. 5. 1898 S. 418 ff.) machte geltend, daß der Betrieb einer Privatkranken-, Irren-, Idioten- oder Heilanstalt, oder einer Klinik nicht der Gewbesteuer unterliegt, wenn er von einem approbierten Arzte lediglich zum Zweck der Ausübung des ärztlichen Berufes, als Mittel für seine eigene Fortbildung, zu Lehr- oder wissenschaftlichen Zwecken unternommen wurde, nicht aber die Absicht obwaltete, aus der Unterbringung und Verpflegung der Kranken sowie aus dem ökonomischen Betriebe Gewinn zu erzielen. Von den Irrenanstalten ist als eine der ersten die des Herrn Geheimrat Laehr, Zehlendorf, von der Gewbesteuer freigekommen mit der Begründung, daß der Anstaltsbetrieb nur der Ausübung des ärztlichen Berufes des Leiters dient. Es wurde dabei davon ausgegangen, daß eine erfolgreiche Heilung von Geistes- und Nervenkrankheiten nur in einer Anstalt geschehen könne, deren oberste Leitung einem Spezialirrenarzt untersteht (Urteil des Königlichen Oberverwaltungsgerichts vom 3. April 1902 in Sachen des Geheimrat Laehr).

In inniger Beziehung zur Gewerbebesteuerangelegenheit steht die Frage, ob ein Krankenhaus ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des Handelsgesetzbuches ist. Dieses gibt die Grundlage für die eventuelle Pflicht der Eintragung in das Handelsregister. Die in Betracht kommenden Paragraphen sind § 1 und 2 des H.-G.-B. Der § 1 desselben sagt, daß Kaufmann ist, wer ein Handelsgewerbe betreibt, und definiert dann näher, was als Handelsgewerbe gilt. Daß Ärzte als Inhaber von Krankenanstalten gemäß dieses § 1 zu Kaufleuten zu machen sind, erscheint selbst dem Gerichte ausgeschlossen, denn die Anschaffung und Verabfolgung von Nahrungs- und Genußmitteln an Kranke ist lediglich ein Mittel zum Zwecke des Betriebes der Heilanstalt. Anders steht es mit dem § 2. Dieser lautet: Ein gewerbliches Unternehmen, das nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert, gilt, auch wenn die Voraussetzungen des § 1, Absatz 2 nicht vorliegen, als Handelsgewerbe im Sinne dieses Gesetzbuches, sofern die Firma des Unternehmers in das Handelsregister eingetragen worden ist. Der Unternehmer ist verpflichtet, die Eintragung nach den für die Eintragung kaufmännischer Firmen geltenden Vorschriften herbeizuführen. Dieser § 2 kann nun auch auf Ärzte als Inhaber von Krankenanstalten unter Umständen gerichtlich in Anwendung gebracht werden, wie Sie aus dem Hergang der von Dr. Kahlbaum und uns geführten Prozesse ersehen werden.

Aus Johow-Rings Jahrbuch, Entscheidungen des Kammergerichts, Band XXI, A. S. 247 ff. entnehme ich, daß das Amtsgericht durch Verfügung die beiden DDr. Kahlbaum als Inhaber ihrer Heilanstalt unter Androhung von 50 M. Geldstrafe im

*) Nach einem im Psychiatrischen Verein zu Berlin am 28. Januar 1905 gehaltenen Vortrage.

Jahre 1901 aufforderte, innerhalb von drei Wochen ihre Eintragung in das Handelsregister zu bewirken.

Die Ärzte erhoben Einspruch, und machten geltend, sie trieben kein Gewerbe und suchten unter Assistenz anderer von ihnen angestellten Ärzte Kranke zu heilen. Sie wollten zwar Gewinn erzielen, aber nur durch Ausübung des ärztlichen Berufs. Nur zum Zwecke der Behandlung gewährten sie den Kranken Aufenthalt und Unterhalt. Sie gaben zu, daß ihr Unternehmen einen Geschäftsbetrieb mit nach kaufmännischer Art geführten Büchern erfordere. Das Amtsgericht verwarf damals den Einspruch der Ärzte mit Rücksicht auf letzteres Zugeständnis und die Tatsache, daß sie damals noch Gewerbesteuer entrichteten. Auf sofortige Beschwerde der Ärzte hob das Landgericht Görlitz die Entscheidung des Amtsgerichts auf mit der Begründung, es sei nicht erwiesen, daß sie, abgesehen von der Buchführung, einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb hätten, daß insbesondere eine Aufbewahrung der eingehenden und eine Kopierung der ausgehenden Briefe stattfinde, ein Kontrollpersonal beschäftigt werde, die einzelnen Betriebszweige gesondert seien etc. Da die Tätigkeit der Ärzte eine wissenschaftliche sei, würde der Gewinn durch einen höheren als kaufmännischen Charakter erzielt. Der weiteren Beschwerde der Handelskammer gegen diesen Beschluß wurde vom Kammergericht stattgegeben. Ebenso wie in unserem Fall wurde die Sache zur anderweitigen Erörterung und Entscheidung an das Amtsgericht zurückverwiesen, indem festgestellt wurde, daß unter gewissen Umständen eine Privatkrankenanstalt wohl ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 Handelsgesetzbuches sei und daß es näherer tatsächlicher Feststellung der Anstaltsverhältnisse bedürfe, um die Frage im einzelnen Falle zu entscheiden.

In unserem Falle bestritten wir gleichfalls nach Aufforderung durch das Amtsgericht zur Eintragung unserer Firma ins Handelsregister infolge Antrages der Handelskammer vom 20. November 1902 ein gewerbliches Unternehmen zu betreiben. Die Handelskammer erwiderte u. a., wir nähmen auch unheilbare Kranke zur dauernden Detention auf und es würde auf die Beherbergung und Verpflegung der Kranken mehr Gewicht gelegt, als auf ihre ärztliche Behandlung.

Das Registergericht wies den Antrag der Handelskammer zurück, weil der Anstaltsbetrieb nur der Ausübung des ärztlichen Berufs des Leiters diene. Die Kranken würden uns nicht lediglich zur Verpflegung und Unterkunft übergeben, sondern um durch den Leiter, beziehungsweise von den von ihm ausgewählten Ärzten sachgemäß behandelt zu werden.

Auch die unheilbaren Kranken bedürften zur Erleichterung ihrer Leiden sorgsamster ärztlicher Beachtung und Fürsorge. Eine Beschwerde der Handelskammer wies das Landgericht zurück, weil es den Standpunkt vertrat, daß der § 2 des Handelsgesetzbuches auf den Arzt als Inhaber eines Sanatoriums unanwendbar sei. Dieser Auffassung trat das Kammergericht nach weiterer Beschwerde der Handelskammer auf Grund der Fassung und Entstehungsgeschichte des § 2 nicht bei.

Die Denkschrift zum neuen Handelsgesetzbuch ergebe im Gegenteil mit voller Klarheit, daß durch den § 2 die handelsrechtlichen Vorschriften auf andere als die dem Handel im engeren Sinne angehörigen Unternehmungen ausgedehnt werden sollen. Der Betrieb einer Anstalt, in der Kranken neben anderen Leistungen Wohnung und Kost gewährt wird, könne zweifellos im Sinne des § 2 H. G. B. ein gewerbliches Unternehmen darstellen, das nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert.

Danach dürften also Sanatorien, die nicht von Ärzten betrieben werden, zweifellos unter diesen § 2 H. G. B. fallen.

Um beurteilen zu können, ob ein ärztlich geleitetes Unternehmen ein gewerbliches ist und für den Fall der Bejahung, ob es nach Art und Umfang einen kaufmännisch eingerichteten Betrieb erfordert, müßten die Verhältnisse der Anstalt festgestellt werden. Aus dem Umstand, daß die Ausübung des ärztlichen Berufes nach dem allgemeinen, auch bei der Auslegung des § 2 H. G. B. zugrunde zu legenden Sprachgebrauche kein gewerbliches Unternehmen ist, folge nur, daß auch der Anstaltsbetrieb kein solcher ist, wenn er lediglich in Ausübung des ärztlichen Berufes des Unternehmers und zum Zwecke dieser Ausübung, insbesondere zu Lehrzwecken, als Grundlage für die eigene Fortbildung oder behufs sachgemäßer ärztlicher Behandlung der Kranken durch den Inhaber der Anstalt stattfindet. Auch dann sei ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 des H. G. B. nicht vorhanden, wenn die Anstalt einen erheblichen Gewinn ergibt, oder wenn die ärztliche Behandlung der Kranken nicht ausschließlich von dem Inhaber der Anstalt, sondern mit Unterstützung anderer z. B. von ihm angestellter Ärzte besorgt wird. Dagegen liege ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 H. G. B. vor, wenn nicht die Ausübung des ärztlichen Berufes des Anstaltsunternehmers und der dadurch erzielte Gewinn, sondern die Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt und die dadurch erzielte Einnahme den Hauptzweck des Anstaltsbetriebes bilde und wenn namentlich die Kranken in der Hauptsache nicht von dem Inhaber der Anstalt, sondern von anderen, z. B. den von ihm angestellten Ärzten, den Hausärzten der einzelnen Kranken oder angesehenen Spezialärzten ärztlich behandelt würden.

Ist also beim Anstaltsbetrieb die Beherbergung und Verpflegung der Kranken der Hauptzweck, ihre ärztliche Behandlung nur von nebensächlicher Bedeutung, oder wird sie im wesentlichen nicht durch den Anstaltsunternehmer, sondern durch andere Ärzte besorgt und leitet der Unternehmer hauptsächlich den Wirtschaftsbetrieb oder findet der Betrieb überhaupt nur in seinem Namen oder für seine Rechnung statt, ohne daß er selbst tätigen Anteil nimmt, dann wird die Anstalt als ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 des H. G. B. aufgefaßt. Die erforderliche Feststellung hat das Amtsgericht zu veranlassen.

Dieses hat die Verfügung zur Eintragung der Firma schon dann zu erlassen, wenn es von einem, sein Einschreiten rechtfertigenden Sachverhalt glaubhafte Kenntnis erhält und nicht erst dann, wenn ein solcher Sachverhalt nachgewiesen ist. Nach erlassener Verfügung wird die Veranstaltung der Ermittlungen vom rechtzeitigen Einspruch seitens der Anstaltsbesitzer abhängig gemacht.

Durch diesen Kammergerichtsbeschluß vom 9. November 1903 wurde die Sache zur anderweiten Erörterung an das Amtsgericht zurückverwiesen. Dieses beschloß am 17. Oktober 1904. den Antrag der Handelskammer erneut abzulehnen (unter Zugrundelegung der zur Entscheidung der Frage vom Kammergericht erörterten Prinzipien). Es wurde u. a. ausgeführt, daß die ärztliche Tätigkeit des Anstaltsinhabers, wie es bei den Leitern von großen, sei es öffentlichen, sei es privaten Anstalten stets der Fall ist, sich im allgemeinen nur auf die Leitung der ärztlichen Behandlung erstrecken könne. Die Besorgung des wirtschaftlichen Betriebes neben den ärztlichen Verrichtungen wäre nicht geeignet, die Tätigkeit als eine gewerbliche erscheinen zu lassen, da sie in den Verhältnissen der Anstalt begründet und auch bei öffentlichen Krankenanstalten sehr häufig vereint wäre. Die wesentlichste Voraussetzung des § 2, daß die Anstalt als ein gewerbliches Unternehmen anzusehen sei, träfe also nicht zu. Die weitere Voraussetzung des § 2, das Erfordernis eines in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetriebes liege gleichfalls nicht vor. Aus

der Notwendigkeit einer genauen Buch- und Kassenführung folge nicht, daß der Betrieb in kaufmännischer Weise eingerichtet sein muß, daß namentlich kaufmännische Buchführung und Behandlung der Korrespondenz geboten ist, denn die kaufmännischen Einrichtungen wären nicht das einzige Mittel zur Aufrechterhaltung der Ordnung eines wirtschaftlichen Betriebes, wie ja auch die sehr genaue Rechnungsführung der staatlichen und sonstigen öffentlichen Anstalten meist nicht in kaufmännischer Art eingerichtet ist.

Die Entscheidungen des Kgl. Oberverwaltungsgerichts über die Verpflichtung ärztlich geleiteter Anstalten zur Gewerbesteuer sind nach alledem von gleichen Gesichtspunkten geleitet wie die Entscheidungen des Kammergerichts über ihre Verpflichtung zur Eintragung ihrer Firmen in das Handelsregister.

Ähnlich wie bei Sanatorien mit ärztlichem Inhaber liegt der Fall übrigens bei Erziehungsanstalten und Pensionaten, in denen die Lehr- und Erziehungstätigkeit mit der Unterbringung und Verpflegung der Schüler verbunden ist. Die Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts in Staatssteuersachen Band V S. 391 und Band X, S. 397 können insofern zugunsten der Ärzte herangezogen werden, als derartige Institute für steuerfrei erklärt wurden und zwar ohne Rücksicht auf die Höhe des erzielten Gewinnes. Die erziehende Tätigkeit sei hier nämlich die Quelle des Gewinnes und bilde den Hauptzweck bei der Pensionshaltung.

In anerkannter Weise sind durch die vorhergehenden Beschlüsse irrtümliche Ansichten der Handelskammer richtig gestellt worden. So die wiederholt ausgedrückte Anschauung, daß unheilbare Geisteskranke wenig oder gar keiner ärztlichen Behandlung bedürften.

Mit derselben Berechtigung könnte die Handelskammer behaupten, daß auch unheilbare Lungen- oder Krebskranke keiner ärztlichen Behandlung bedürfen. Ich führe ferner die Ansicht der Handelskammer an, daß auf die Berberkung und Verpflegung der den Angehörigen zweifellos lästigen Gemütskranken, wie die Handelskammer sagt, mehr Gewicht gelegt werde, als auf ihre ärztliche Behandlung, ferner daß unheilbare Geisteskranke zur dauernden Detention aufgenommen und wenig zahlende Patienten zu Dienstleistungen herangezogen würden und dadurch einen Teil des Personals ersetzen.

Die Haltlosigkeit dieser und anderer Behauptungen brauche ich in diesem Kreis nicht auseinanderzusetzen.

Über die wesentliche Rolle, welche der ärztlichen Tätigkeit des Inhabers oder der Inhaber einer solchen Anstalt zukommt, scheint die Handelskammer insbesondere schlecht unterrichtet zu sein. Z. B. scheint ihr entgangen zu sein, daß die psychische Einwirkung des Direktors auf die Patienten sehr ins Gewicht fällt, daß überhaupt die ärztliche Oberleitung in seiner Hand ist, daß er tägliche Krankenbesuche auf einer oder der anderen Abteilung macht, täglich Konferenzen mit Ärzten und Oberpersonal abhält und von sämtlichen Krankheitszuständen informiert sein muß, um Behörden und Angehörigen jederzeit Auskunft geben zu können, daß die gutachtliche Tätigkeit einen breiten Raum einnimmt, daß die Anordnungen über Verlegungen von Patienten und Pflegepersonal wichtige ärztliche Maßnahmen sind, die dem dirigierenden Anstaltsarzt in der Regel vorbehalten bleiben, u. a.

Diese wesentliche Rolle der ärztlichen Tätigkeit des Anstaltsinhabers bleibt bestehen, auch wenn gleichzeitig in seiner Hand die wirtschaftliche Leitung des Betriebes liegt. Das möchte die Handelskammer zwar nicht anerkennen, aber doch ist die Vereinigung der ärztlichen und wirtschaftlichen Tätigkeit des Anstaltsleiters heutzutage ein anerkannt richtiges Prinzip und zwar im Interesse der Kranken. Es wird auch in öffentlichen Anstalten Deutschlands befolgt und als Fortschritt gegenüber

anderen Staaten angesehen, welche dieses Prinzip noch nicht befolgen. Schon die wichtige Krankendiät wird bei dieser Methode am besten durchgeführt. Was würden z. B. die ärztlichen Inhaber von Anstalten für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten, um gar nicht von Irrenanstalten zu reden, dazu sagen, wenn ihre Tätigkeit in der Bestimmung und Überwachung der Krankendiät weniger als eine ärztliche Funktion als eine zur Verpflegung der Kranken gehörige von der Handelskammer angesehen würde. Unsere Geisteskranken aber und wir bekommen erfahrungsgemäß fast nur schwere Fälle in die Anstalten, die in den Familien nicht mehr gehalten werden können, sind eben nur in Anstalten ärztlich zu behandeln und müssen daher auch dort wohnen und verpflegt werden. Die Verpflegung der Kranken an sich ist oft genug mit Schwierigkeiten verknüpft, welche ärztliche Maßnahmen, z. B. Sondenfütterung erfordern. Sie bildet einen wichtigen Faktor zur Heilung der Kranken durch Hebung ihres Ernährungszustandes, und läßt sich daher schwerlich von der ärztlichen Tätigkeit trennen. Dasselbe gilt von der Gewährung des Aufenthaltes in einem Krankenhaus im allgemeinen, da der Kranke dort therapeutische Einrichtungen aller Art vorfindet, welche er in der Häuslichkeit nicht haben kann.

In der Entscheidung des Kgl. Oberverwaltungsgerichts vom 5. 5. 98, (VI. Senat I. Kammer, Peters und Heinsius S. 418 ff.), welche sich auf die Befreiung des ärztlichen Besitzers einer Augenklinik von der Gewerbesteuer bezieht, ist dies auch zugestanden worden.¹⁾ Demnach werden meines Erachtens kaum ärztlich geleitete Anstalten bestehen, bei denen die Voraussetzungen des § 2 des Handelsgesetzbuches tatsächlich zutreffen, daß es sich um ein gewerbliches Unternehmen handelt, welches nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert. Denn die meisten derartigen besonders eingerichteten Anstalten bezwecken nur die wenn auch mit Gewinn verbundene sachgemäße ärztliche Behandlung, Verpflegung und Wartung der Kranken, ohne die Absicht zu verfolgen, lediglich aus der Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt derselben Gewinn zu erzielen, und ohne daß die Notwendigkeit der kaufmännischen Einrichtung des Betriebes vorliegt.²⁾

Im Interesse des ärztlichen Standes wäre es wünschenswert, daß die Handelskammer in Zukunft von der Eintragung unserer ärztlich geleiteten Anstalten in das Handelsregister Abstand nimmt, um sie nicht durch juristische Auslegungen auf eine Stufe mit gewerblichen Unternehmungen zu stellen. Jedenfalls aber sollte sie vor Stellung derartiger Anträge ärztliche Sachverständige zu Rate ziehen, damit Behauptungen vermieden werden, welche einer Kritik durch Ärzte und Richter nicht standhalten können.

¹⁾ Dort heißt es: „Die Entwicklung, welche zahlreiche spezielle Fächer z. B. Chirurgie, Geburtshilfe, Augen- und Ohrenheilkunde genommen hat, macht es, wie der Beschwerdeführer zutreffend ausgeführt hat, geradezu notwendig oder im Interesse der Kranken wenigstens in hohem Grade wünschenswert, daß ihre ärztliche Behandlung in besonders dazu geeigneten und eingerichteten Räumen erfolgt, in denen ausreichend für Luft und Licht gesorgt ist und dem Arzte die für die Untersuchungen und Operationen erforderlichen Instrumente und sonstigen Gegenstände zur Verfügung stehen. Die Art des Leidens vieler Kranken erfordert die ärztliche Beobachtung und Behandlung in derartigen Räumen bei ausgewählter Verpflegung und Wartung oft für längere Zeit.“

²⁾ Dieselbe Ansicht hat auch Herr Medizinalrat Dr. Leppmann, wie ich von ihm erfahre, in einem Gutachten vertreten, welches in der Handelskammersache einer anderen Anstalt von ihm eingefordert war.

Referate.

Innere Medizin.

Zwei interessante Obduktionsergebnisse.

Latente Pneumonie.

Von Schlantmann.

(Zeitschr. f. Medicinalbeamte 1904 Nr. 13.)

Über den Zusammenhang von Unfall und Tod teilt Schl. zwei überraschende, wichtige Obduktionsergebnisse mit. Das eine betrifft einen 52 jährigen Zimmermann, Gewohnheits-trinker, der bei der Heimkehr von der Arbeit zwischen zwei Wirtshäusern zusammenbrach und bald darauf zu Hause verstarb. Nach einer, übrigens nicht bestätigten Aussage der Familie hatte er 4 Tage zuvor einen Stoß gegen die linke Brust beim Balken-tragen erhalten; seitdem spürte er Schmerzen daselbst und ließ sich ärztlich behandeln, unterbrach aber nicht die Arbeit. Unfall und Tod sollten zusammenhängen. Schl. gibt die wesentlichen Punkte der im Auftrag der Berufsgenossenschaft gemachten Obduktion wieder und führt dann aus: „Hiernach war es klar, daß der Obduzierte nicht an einer Verletzung, von der auch gar keine Spur gefunden wurde, gestorben war, sondern an einer linksseitigen Lungenentzündung, die im Leben keine dem Kranken auffallenden Symptome gezeigt hatte, abgesehen von Schmerzen in der linken Brustseite, die jedoch von ihm auf einen Unfall (Stoß) zurückgeführt wurden.“ Verf. weist auf die Bedeutung solcher Befunde für plötzliche Todesfälle hin und erinnert an den analogen von Berg in derselben Zeitschrift (1902 Nr. 19) veröffentlichten Fall und die dort zitierte Literatur. — Das zweite Obduktionsresultat betrifft einen Fuhrmann, der tot mitten unter seinem schwerbeladenen, vierräderigen Kohlenwagen aufgefunden wurde und nach Aussage der einzigen Zeugin langsam von ihm herabgesunken sein sollte. Da bei der Leichenschau nur ganz minimale Hautabschürfungen festgestellt wurden, wies die Polizei in der Annahme eines „Schlages“ die Ansprüche der Gattin auf Unfallrente ab. Die auf Betreiben Schl.'s vorgenommene Obduktion ergab äußerlich nichts außer einigen braunen und roten, genau beschriebenen Stellen an Schulter und Brust: dabei fand sich Bruch des Brustbeins, der rechten und linken Rippen, blutige Flüssigkeit im Bauch, Herzbeutel und jedem Pleuraraum, Riß im Herzen, in beiden Lungen und in der Milz. „Es ist dieser Fall“ — schreibt Schl. — „wieder ein eklatanter Beweis“ dafür, daß ganz erhebliche Verletzungen der Knochen, ja auch Zerreißen der inneren Organe vorkommen können, ohne daß die äußeren Bedeckungen entsprechend verletzt sind“ — eine Erscheinung, die man als charakteristisch für Überfahren mit dem Automobil hielt.

Ziegenhagen-Danzig.

Atheromatosis aortae bei Kaninchen nach intravenösen Adrenalininjektionen.

Von C. v. Rzentowski.

(Berl. klin. Wochenschr. 1904 Nr. 31.)

v. Rzentowski hat die Resultate Josués (La presse méd. XI. 1892—XI. 1903) bezüglich der Aorten, Atheromatose bei Kaninchen nach intravenösen Adrenalininjektionen nachgeprüft und bestätigt sie in vorläufiger Mitteilung. Er spritzte alle zwei Tage in die Ohrvenen der Kaninchen je drei Tropfen einer sterilen Adrenalinlösung in 0,5 ccm Aqu. dest. ster., bei einem Tier noch etwas mehr. Nach Injektion von 33 Tropfen in 49 Tagen fand sich in der Aorta eine bandförmige Trübung und ein eingesunkener elliptischer Fleck; nach 138 Tropfen in 91 Tagen eine Gruppe von Kalzifikationsherden, deren einige richtige Aneurysmen bildeten; in der Bauchaorta waren Trübungen der Intima sichtbar. Schon 9 Tropfen in fünf Tagen hatten stecknadelkopfgroße Flecke über einer Aortenklappe und auf der

Intima des Aortenbogens zustande gebracht; 72 Tropfen in 74 Tagen dagegen einmal die Aorta gesund gelassen. Drei Tiere hatten ein hypertrophisches Herz, drei bereits am fünften Tag gestorbene nur ein dilatiertes. In einigen Fällen kam es zu Leberzirrhose, in einem zu Hyperämie der Nieren. Auf Grund seiner bisherigen, bezüglich der Technik genau beschriebenen mikroskopischen Untersuchungen kann v. Rzentowski nicht absolut beantworten, ob die gefundenen Kalzifikationen wirklich Atheromatosis darstellen. Er nimmt eher eine Calcificatio aortae localisata und nicht eine Atheromatosis aortae cum calcificatione secundaria an. Jedenfalls bringen die intravenösen Adrenalininjektionen — wahrscheinlich durch Steigerung des Blutdrucks — eigenartige Degenerationen der elastischen Fasern und eine Verminderung der Elastizität der Gefäße zustande.

Ziegenhagen-Danzig.

Über posttraumatische Meningitis.

Von Curschmann.

(Deutsche med. Wochenschr. 1904 Nr. 29.)

Den sonst meist nicht sicher entscheidbaren Zusammenhang zwischen Unfall und Hirnhautentzündung konnte Curschmann bei einer Patientin der Erbschen Klinik verfolgen. Durch einen Sturz auf den Hinterkopf und Rücken zog sich eine Frau eine Commotio cerebri (Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Kopfschmerz) bzw. Medullae spinalis zu; Zeichen eines Schädelbruchs bot sie nicht dar. Zwei Tage nach dem Fall gesellte sich eine typische Influenza hinzu. In den nächsten acht Tagen entwickelte sich nun eine richtige — vornehmlich spirale — Meningitis; es kam zu besonderer Heftigkeit des Kopfschmerzes, zu Nackenschmerz, Steifigkeit und Schmerz im Rücken, Schwäche und Hyperalgesie der Beine, Ischialgie, deutlichem Kernigischem Symptom, Dermographie und Pulsverlangsamung. Die am zehnten Tage nach dem Einsetzen der Influenza vorgenommene Lumbalpunktion ergab einen klaren Liquor mit deutlicher Leukozytose und stäbchenförmigen Entzündungserregern, die als Influenzabazillen angesprochen werden müssen. Curschmann ist der Ansicht, daß die Influenza eine hämatogene Infektion an den Hirn- und Rückenmarkshäuten dort zustande gebracht, wo durch den Unfall ein Locus minoris resistentiae geschaffen war. Er führt eine Reihe analoger Fälle aus der Literatur an, in denen der Zusammenhang zwischen Trauma und tuberkulöser, bzw. Influenza-Meningitis nur ebenfalls auf metastatischem Wege durch andere Eitererreger entstandene Meningitiden dargelegt, einmal auch experimentell erörtert wird. Die von Curschmann beobachtete traumatische Influenzameningitis hat mit den bisher veröffentlichten die lange Dauer der Rekonvaleszenz gemeinsam, unterscheidet sich aber durch die heftigen sensiblen Reizerscheinungen ohne schwerere Erkrankung der Wurzeln und peripheren Nerven. Als richtig für die Diagnose hat sich die mindestens symptomatisch sehr wirksame Lumbalpunktion erwiesen. Curschmann gibt ein ausführliches Literaturverzeichnis.

Ziegenhagen-Danzig.

Traumatische Invagination.

Von Schnitzler.

(Münch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 27. Eigener Bericht derselben aus den Wiener medizin. Gesellschaften.)

In der Wiener k. k. Gesellschaft der Ärzte hat Schn. von einem Knaben berichtet, der durch Hufschlag gegen den Bauch eine Darminvagination bekam. Er hat ihn 6 Stunden nach dem Unfall erfolgreich operiert. Die Bauchkontusion hat einen zirkumskripten Darmspasmus (Nothnagels Versuche) zustande gebracht, dem nach Schn.'s Erfahrung eine Darmlähmung zu folgen pflegt. Dadurch, zumal bei der Disposition des kindlichen Darms dafür, sei es zur Invagination gekommen. In der Dis-

kussion wünscht sich Exner unter Hinweis auf seine Versuche an Kaninchen für das Wort „Spasmus“ den Ausdruck „Koordinationsstörung der Kontraktionen von Längs- und Ringmuskelschichten“. Frank meint, die Invagination bei Schn's Fall habe ähnliche Ursache wie die häufigen agonalen Invaginationen bei traumatischem Tod.

Ziegenhagen-Danzig.

Zur Frage der traumatischen Entstehung der Appendicitis.

Von Rinne.

(Nach dem Referat von Richard Wolff-Berlin im Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 40.)

Rinne stellte in der 141. Sitzung der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins einen durch Laparatomie geheilten jungen Mann vor, bei dem ein Trauma (Bauchquetschung durch Überfahren) eine Appendicitis seltenerweise wirklich hervorrief und nicht bloß wie sonst in der Regel für einen Anfall bei schon zuvor krankem Wurmfortsatz oder für das Platzen eines Abszesses die Gelegenheitsursache war. Die traumatische lokale Peritonitis mit Bluterguß im Bauch führte mit zunehmender Organisation des fibrinösen Exsudats zur Einschnürung, Sekretstauung und Entzündung des Processus vermiformis und verursachte so nach sieben Wochen einen Appendicitisanfall.

Ziegenhagen-Danzig.

Traumatische chronische Appendicitis.

Von Sonnenburg.

(Nach dem Referat von Richard Wolff-Berlin im Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 40.)

Sonnenburg stellte in derselben Sitzung einen Mann vor, bei dem rechtsseitige Bauchquetschung und Darmbeinschaufelfraktur ein durch Schmerzhaftigkeit des Mc Burneyschen Punktes und Fixation der Darmschlingen um den Wurmfortsatz als chronische Appendicitis charakterisiertes Leiden verursacht hatte.

Ziegenhagen-Danzig.

Neurologie und Psychiatrie.

Beitrag zur Frage der geistigen Gemeinschaft. Eine Erwiderung.

Von Karrer und Bernhart.

(Vereinsblatt der pfälzischen Ärzte 1904. H. 2—4.)

Der § 1569 des B. G. B. bestimmt u. a., daß die Geisteskrankheit erst dann einen Ehescheidungsgrund abgibt, wenn sie einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist. Über den Begriff geistige Gemeinschaft werden sowohl Juristen als auch Psychiater sehr oft verschiedener Meinung sein. Ein Urteil des Oberlandesgerichts Köln besagt, daß die geistige Gemeinschaft erst dann aufgehoben ist, wenn der kranke Ehegatte derart umnachtet ist, daß er die Scheidung nicht mehr empfindet und wenn seine Empfindung für das eheliche Band ebenso erloschen ist, wie wenn er auch leiblich tot wäre. Auch hervorragende Rechtslehrer wie Unger und Plank verlangen, daß eine Art geistiger Tod eingetreten und dem kranken Ehegatten das Bewußtsein des ehelichen Bandes abhanden gekommen ist. Diese Auffassung der geistigen Gemeinschaft wird unzweifelhaft von dem gesunden Ehegatten häufig sehr hart empfunden. Auf der Versammlung Deutscher Irrenärzte 1900 einigte man sich nach dem Referat der Prof. (iur.) Lenel dahin, daß die geistige Gemeinschaft in dem übereinstimmenden Bewußtsein gemeinsamer Interessen und in dem übereinstimmenden Willen beruhe, diese Interessen zu fördern. Die geistige Gemeinschaft zwischen Ehegatten ist somit, wie Leppmann weiter ausführt, dann aufgehoben, wenn dem betreffenden Ehegatten sowohl das Bewußtsein gemeinsamer Interessen wie auch die Fähigkeit und der Wille fehlt, diese zu

fördern. Dieser sozusagen milderen Auffassung des § 1569 schließt sich Karrer an und berichtet zum Beweis dafür, daß eine solche auch von Juristen vertreten wird, über vier Entscheidungen der Oberlandesgerichte Hamburg, Kassel, Dresden, Königsberg. In dem von ihm begutachteten Fall handelt es sich um einen Pceranoiker, der bereits seit acht Jahren krank und dessen geistige Schwäche bereits erheblich ist. Wenn er auch recht wohl weiß, daß er die Ehe mit seiner Frau geschlossen hat, wenn er diese auch bei den verschiedenen Besuchen erkennt, so behauptet er andererseits, daß er sie bei sich in der Tasche trage, daß er sie schon lange in den Himmel versetzt habe und daß seine Ehe schon längst geschieden sei. Ein gelegentlicher Besuch seiner Frau mit ihrem „zukünftigen Gatten“ bringt ihn in keinerlei Affekt. Karrer gibt demgemäß sein Gutachten dahin ab, daß eine Verständigung der Ehegatten über die gemeinsamen Interessen nicht mehr möglich und daß auch jede Aussicht auf eine Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

In der Erwiderung erhebt Direktor Bernhart dagegen Einspruch, daß ohne seine Genehmigung über ein von ihm erstattetes Gutachten und einen Kranken seiner Anstalt in der Presse Mitteilungen gemacht werden. Über den Grad der Geisteskrankheit des Begutachteten sei er anderer Ansicht. Der Kranke sei bei dem Besuche seiner Frau mit ihrem Liebhaber keineswegs „verständnislos“ gewesen, wenn er sich auch begreiflicherweise nicht besonders für das Wohl seiner Gattin interessierte. Zum Schluß wird noch hervorgehoben, daß gerade die Ehefrau, wie der Umgang mit dem Liebhaber es beweise, des Interesses für die gemeinsamen Interessen ermangele. — Der Lebenswandel der Frau dürfte freilich für die Beurteilung der Schwere der Geisteskrankheit bei dem Manne wenig in Betracht kommen.

Hoppe-Uchtsprunge.

Zur Frage der Zeugnisfähigkeit geistig abnormer Personen.

Von A. Hoche.

Mit einigen Bemerkungen dazu von A. Finger.

(Juristisch-psychiatrische Grundfragen. Erster Band Heft 8. 1904. M. 080.)

Ein sehr lehrreicher Beitrag zur Lehre von der Psychologie oder richtiger gesagt Psychopathologie, der Zeugenaussagen.

Die blödsinnige Insassin einer Pflegeanstalt war geschwängert; als Schwängerer bezeichnete sie einen kurz vorher entlassenen Hausburschen. Ein von ihr als Zeuge angegebener Epileptiker, ebenfalls Insasse der Pflegeanstalt, gab nach längerem Hin- und Herreden schließlich zu, es gesehen zu haben. Der Epileptiker wurde bei der Schwurgerichtsverhandlung entgegen dem Antrage des Verteidigers und in Übereinstimmung mit dem Gutachten eines Sachverständigen vereidigt. Verurteilung des Hausburschen zu 2 Jahren Gefängnis.

Im Alimentationsprozeß — eine Revision des Verurteilten und ein Antrag auf Wiederaufnahme waren erfolglos — wurde Hoche mit der Begutachtung des Epileptikers beauftragt. Verf. weist überzeugend nach, daß epileptischer Schwachsinn (Urteilschwäche, nicht zum Bewußtsein kommende Gedächtnisschwäche, Erinnerungstäuschungen) vorliegt, und daß krankhaft fälschende Momente hinsichtlich der auf die letzte Zeit sich beziehenden Zeugenaussagen nicht eingeschlossen werden könnten.

Er beanstandet die Fassung des § 561 St.-P.-O. und befürwortet deren Änderung in der von Aschaffenburg vorge schlagenen Weise. In einem Nachwort schließt sich der bekannte Hallenser Strafrechtslehrer Hoche Ausführungen an, erblickt aber den Grund der vielleicht ungerechten Verurteilung nicht in der unzumutbaren Formulierung des genannten Paragraphen, sondern in der nicht genügend scharf durchgeführten Beweis aufnahme. Ob allerdings F. mit seiner Annahme recht hat, daß

die prozessual auch nach dem Hocheschen Gutachten zulässige Vereidigung ein geeignetes Mittel scheint, leichter eine echte Aussage zu erlangen, möchte ich bezweifeln; es kamen ja doch dem Zeugen die Gedächtnisstörungen nicht zum Bewußtsein.

Über den weiteren Ausgang des Prozesses erfahren wir leider nichts.
Ernst Schultze.

Vergleichende Psychiatrie.

Von E. Kräpelin.

(Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1904 Juli.)

Nach einer Untersuchung des Krankenmaterials der Irrenanstalt Büttenzorg auf Java bestreitet K. das Vorkommen gänzlich neuer uns unbekannter Formen des Irreseins bei den Eingeborenen Javas; andererseits zeigen die uns bekannten Krankheitsbilder dort Abweichungen, die auf Rasseeigentümlichkeiten der Erkrankten zurückgeführt werden dürften.

Von besonderem Interesse ist K.'s Mitteilung über Amok, welches keine einheitliche Krankheitsform ist, sondern eine gemeinsame Bezeichnung für triebartig schwere Gewalttaten bei getrübttem Bewußtsein. In einigen Fällen handelt es sich um eine beginnende Katatonie, meist aber um psychische Epilepsie. In einer letzten Gruppe ließen sich trotz sonstiger Übereinstimmung anderweitiger epileptische Krankheitserscheinungen nicht nachweisen. K. läßt es unentschieden, ob es sich dabei um eigenartige Erkrankungen handelt; er denkt an die Möglichkeit larvierter Epilepsie.
Ernst Schultze.

Die Aufgaben der Gesetzgebung hinsichtlich der Trunksüchtigen nebst einer Zusammenstellung bestehender und vorgeschlagener Gesetze des Auslands und des Inlands.

Von Fr. Schäfer.

(Juristisch-psychiatrische Grundfragen. Bd. I Heft 5—7. 106 S. M. 3.)

Verfasser stellt den Trunksüchtigen auf eine Stufe mit den hilfsbedürftigen Geisteskranken, und daraus erklären sich die von ihm gemachten Vorschläge. Auch er betont, um nur einige wichtigere Punkte hervorzuheben, scharf, daß die Entmündigung an sich mit der Anstaltsunterbringung nichts zu tun hat und daß auch der Staatsanwaltschaft das Recht zustehen sollte, die Entmündigung wegen Trunksucht zu beantragen. Bei jeder Anklage wegen öffentlicher Trunkenheit muß der Richter feststellen, ob der Angeklagte nicht Gewohnheitstrinker ist; bei Straftaten, die mit Trunkenheit in Verbindung stehen, soll sorgfältiger als bisher die Frage nach dem Vorliegen von Trunksucht erörtert werden. Er spricht sich für kombinierte Heil- und Pflegeanstalten, sowie die Errichtung von öffentlichen und Privatanstalten aus. Die öffentlichen Anstalten nehmen das Gros der nicht selbstzahlenden und aller unfreiwillig eingewiesenen Alkoholkranken, die Privatanstalten dagegen die zahlungsfähigen Patienten auf, soweit sie freiwillig eintreten. Für die Kosten haben in den kleineren deutschen Staaten die Staatsbehörden, in Preußen die Provinzen aufzukommen. Er widerspricht vom ärztlichen und rechtlichen Standpunkt aus der Auffassung, daß eine Ehescheidung mit Trunksucht begründet wird.

Der zweite und größere Teil der Arbeit besteht aus einer Zusammenstellung der einschlägigen in- und ausländischen Gesetze, für deren Sammlung wir Verf. um so dankbarer sein werden, als er sie mit kurzen kritischen Bemerkungen versieht. Es ergibt sich aus ihr, daß in recht vielen Staaten noch sehr viel geschehen muß.

Daß das auch für uns zutrifft, weiß heute jeder. Bei der Lösung dieser Aufgaben wird zweifellos die vorliegende Arbeit mit ihren kurzen und sachlichen Ausführungen auf Beachtung Anspruch erheben können.
Ernst Schultze.

A Suggestion on the Criminal Responsibility of Homicidal and Dangerous Lunatics.

(B. Fred J. Smith British Medic. Journal. September 1904. S. 749.)

Verfasser spricht in seinem Vortrage, der in der Sektion für gerichtliche Medizin bei der Versammlung der Brit. Medic. Association in Oxford im Juli vergangenen Jahres gehalten wurde, weniger über die Verantwortlichkeit der Geisteskranken der genannten Art, als über ihre Behandlung. Er geht aus von der Betrachtung, daß unsere moderne Todesstrafe in der Art ihrer Ausführung grausam und unmenschlich ist. Die Grausamkeit besteht weniger in der Todesart als in dem Umstand, daß der Verurteilte weiß, wann die Todesstrafe vollzogen werden soll und daß er die letzten Vorbereitungen mit ansehen muß. Diesen Übelständen läßt sich abhelfen durch Einrichtung der Todeskammer, einer Einrichtung, wie sie jetzt schon an manchen Orten zur schnellen und schmerzlosen Tötung von Tieren angewandt wird. Für Menschen soll diese Kammer ein Zimmer darstellen, in welchem der Verurteilte seinen gewöhnlichen Aufenthalt nimmt. In dieses Zimmer wird nachts während des Schlafes des Delinquenten Kohlenoxydgas und Kohlensäure eingeleitet und dadurch der Verbrecher schmerzlos getötet. In derselben Art und Weise will der Vortragende auch gemeingefährliche Geistesranke und geistesranke Mörder beseitigt haben. Es soll hier der Tod nicht als Strafe angesehen werden, sondern nur als die einzige Möglichkeit, in der sich die menschliche Gesellschaft vor solchen gefährlichen Individuen schützen kann. Alle gemeingefährlichen Geisteskranken hält der Vortragende für unheilbar und will sie demgemäß beseitigt haben mit einziger Ausnahme der puerperalen Manien und der alkoholischen Geisteskrankheiten. An puerperaler Manie leidende Frauen sollen einer doppelseitigen Ovarieectomie unterzogen werden, um mit Sicherheit eine neue Schwangerschaft zu verhindern. Kranke, die an Alkoholismus leiden, sollen nach Heilung ihres Leidens aus der Anstalt entlassen werden mit der Verpflichtung, nie wieder Alkohol zu genießen. Bei Übertretung dieser Verpflichtung sollen sie sofort wieder interniert werden und bei schwerer Verfehlung als unheilbar angesehen und demgemäß behandelt werden. Die ultraradikalen Anschauungen und Schlußfolgerungen des Vortragenden fanden in der sich anschließenden Diskussion wenig Beifall.

J. Meyer-Lübeck.

Über das Gansersche Symptom.

Von R. Henneberg.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 61. H. 5.)

Verf. unterscheidet zwischen Ganserschem Symptom und G.schem Symptomenkomplex. Das G.sche Symptom, auf welches Moeli schon 1888 hindeutete, das Vorbeireden besteht darin, daß auf einfache Fragen (z. B. nach der Zahl der Finger) falsche Antworten gegeben werden, die aber eine gewisse nahe Beziehung zur richtigen Antwort erkennen lassen. Der G.sche Symptomenkomplex oder Dämmerzustand setzt sich zusammen aus einer Bewußtseinsstörung, dem Vorbeireden und gewissen körperlichen Erscheinungen. Er bildet fast ausschließlich eine Form der hysterischen Geistesstörung. H. teilt 25 Fälle aus der Charité mit, bei denen das G.sche Symptom, das Vorbeireden, beobachtet wurde, hauptsächlich bei hysterischen und hypochondrischen Unfallkranken unmittelbar im Anschluß an hysterische Anfälle. Aus dem G.schen Symptom allein schließt H. noch nicht auf das Bestehen eines Dämmerzustandes, auch mißt er dem G.schen Symptom keine wesentliche diagnostische Bedeutung bei. In kriminellen Fällen (es kommt bei diesen etwa fünfmal so oft, als bei nicht kriminellen vor) hatte es öfter bei der ersten Untersuchung einen Anhaltspunkt für die Diagnose auf Hysterie geboten, allerdings wurde eine solche auch durch anderweitige Symptome genügend nahegelegt. Zu häufiges

Fragen nach einfachen Dingen ist jedoch in kriminellen Fällen nicht empfehlenswert, da die betreffenden Personen dadurch zur Simulation verleitet werden können und bisweilen eine schädliche Suggestion ausgeübt wird. Hoppe-Uchtsprunge.

Gleichzeitiges Auftreten einer geistigen Erkrankung bei drei Geschwistern.

Von F. Sklarek und C. F. van Vleuten.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 61. H. 5.)

Von drei Geschwistern war der älteste Bruder offenbar schon längere Zeit krank. Er hatte lebhaftere Sinnestäuschungen hörte Stimmen, die er auf eine bestimmte Person bezog, glaubte, daß fast jede Nacht in seine Wohnung eingebrochen werde usw. Den Geschwistern teilte er fast täglich seine Beobachtungen über die nächtlichen Einbrüche mit. Diese gerieten dadurch allmählich in große Furcht vor Dieben, wurden mißtrauisch und glaubten zuletzt auch allerlei Wahrnehmungen zu machen. Die Brüder wurden schließlich gemeingefährlich, indem sie einen harmlosen Hausbewohner, den sie für einen Einbrecher ansahen, mit dem Säbel angriffen. Nach der Aufnahme in die Anstalt (Dalldorf) blieb die Geistesstörung bei dem älteren Bruder bestehen, während sie bei dem jüngeren und der Schwester verblaßte, so daß beide nach drei Wochen unbedenklich entlassen werden konnten. Als Ursache der leichten Infizierbarkeit ist bei den jüngeren Geschwistern ein gewisser Grad von Schwachsinn anzusehen. Hoppe-Uchtsprunge.

Zur Diagnostik des pathologischen Rausches. (Störungen der Reflexe.)

Von Dr. Reinhold Kutner.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nr. 29. p. 1057 ff.)

Bei der Schwierigkeit der praktisch so überaus wichtigen Differentialdiagnose zwischen pathologischem und „normalem“ Rausch ist es wünschenswert, leicht feststellbare somatische Symptome als eindeutige Kriterien zu suchen. K. hat nun bei fünf Patienten der Breslauer städtischen Irrenanstalt, die nach den ausführlich wiedergegebenen Untersuchungs- und Beobachtungsergebnissen fraglos einen pathologischen Rausch hatten, neben der von Gudden zuerst mitgeteilten Trägheit der Pupillenlichtreaktion eine hochgradige Steigerung der passiven Gliederbeweglichkeit, bzw. Hypotonie und Fehlen bzw. Schwäche der (Patellar-Triceps-Achilles) Sehnenreflexe gefunden. Am nächsten Tage schwanden diese Symptome, die nach dem Verfasser bei dem „normalen“ Rausch nicht beobachtet und in der ihm zugänglichen Literatur bei dem pathologischen noch unerwähnt sind. K. glaubt sie am plausibelsten als eine Störung der Funktion der intramedullär gelegenen, sogenannten inneren Reflexbögen erklären und damit auch die Trägheit der Pupillenlichtreaktion in Einklang bringen zu können, wenn das Zentrum der letzteren in das untere Halsmark verlegt wird. Der Verfasser fordert indessen dringend eine Nachprüfung, ohne die den Symptomen eine pathognomonische Bedeutung noch nicht zugesprochen werden darf. Denn die fünf Patienten litten sicher, bzw. vermutlich an Epilepsie und bei ihrem pathologischen Rausch hängt vielleicht die Vulnerabilität der Sehnenreflexe und des Muskeltonus mit der epileptischen Degeneration zusammen. K. schließt mit einer Angabe über das Verhalten des Babinskischen Zehenreflexes bei dreien dieser Untersuchten. Im Rauschzustand fehlte er bei zweien und war deutlich negativ bei einem, wurde aber nach einer therapeutischen Hyoscingabe bei allen dreien positiv; im Normalzustand war er bei allen wieder negativ. Im Anschluß daran erörtert der Verfasser unter der Voraussetzung einer Pyramidenbahnaffektion für den Babinskischen Großzehenreflex folgendes: eventuell vermag Hyoscin eine solche vorübergehende Affektion der Pyramidenbahn hervorzurufen oder eine

bereits bestehende, sonst noch nicht nachweisbare zu verstärken; event. vermag der Schlaf bei Kranken, deren Pyramidenbahnen in Mitleidenschaft gezogen sind, den Großzehenstreckreflex schon zu einer Zeit sinnfällig zu machen, wenn er beim Wachenden noch fehlt. Näheres über diese von ihm bereits geprüfte Frage wird er später veröffentlichen. Ziegenhagen-Danzig.

Alte Dementia praecox.

Von W. Weygandt.

(Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Oktober 1904.)

Bericht über vier Fälle, die seit mehr als 50 Jahren im Julius-hospitale zu Würzburg untergebracht waren und von ärztlicher Seite gewöhnlich als Idioten bezeichnet wurden, während es sich in Wirklichkeit um eine bloße Schwäche im Gebiete der Affekte und kaum um einen Mangel jeder Spontanität bei leidlich gut erhaltenem Gedächtnis an fern zurückliegende Zeiten handelt. Einer der Kranken bot noch heute die eigenartig starre Haltung und Katalepsie.

Zutreffend hebt Verf. das Ausbleiben jeder deutlicheren Alterserscheinung auf psychischem Gebiete trotz des hohen Greisenalters hervor; auch nach der körperlichen Seite sind die Alterserscheinungen nicht sehr ausgesprochen.

Ernst Schultze.

Zur Frage der stationären Paralyse.

Von C. Wickel.

(Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. September 1904.)

Kasuistische Mitteilung dreier Fälle von Paralyse, in denen der Krankheitsprozeß lange Zeit hindurch (8½, 7½, 5½ Jahre) vollkommen stationär geblieben war. Ernst Schultze.

Sittlichkeitsverbrechen und Geistesstörung.

Von Dr. Wickel.

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, Bd. 26, Heft 1.)

W. berichtet über 2 Fälle, in denen alte Männer, die der unsittlichen Berührung von Mädchen unter 14 Jahren ange-schuldigt waren, der psychiatrischen Klinik in Tübingen zur Beobachtung überwiesen waren. In beiden Fällen wurde senile Demenz festgestellt, und beidemal ergab die Anamnese, daß die Angeklagten schon zur Zeit des Delikts in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Geisteszustand waren. Der eine Fall ist dadurch besonders interessant, daß der Angeklagte bereits vor 5 Jahren wegen analoger Verfehlungen zu einjähriger Gefängnisstrafe verurteilt war. Schon damals war eine leichte Demenz festgestellt worden, und wegen Fortschreitens derselben war dem Verurteilten ein Teil der Strafzeit erlassen.

Es sind besonders Epilepsie und geistige Schwächezustände, die bei sexuellen Delikten in forensischer Beziehung eine Rolle spielen. Die Urteilsschwäche, das Wegfallen von Hemmungs-vorstellungen, das krankhaft veränderte Bewußtsein sind dabei in letzter Linie die für das Zustandekommen der Delikte in Betracht kommenden krankhaften Momente. Lehfeldt.

Vergiftungen.

Some notes on the Klosowski (Chapman) Antimony Poisoning case.

By F. J. Waldo M. D. Barrister at Law.

(Brit. Medic. Journal Sept. 1904 Pg. 752.)

Antimonvergiftungen werden meistens von Leuten ausgeführt, die entweder selbst Ärzte waren oder sich teilweise ärztliche Kenntnisse angeeignet hatten. So auch in diesem Falle. Klosowsky alias Chapman war ein 37-jähriger Pole, der in seiner Jugend in Prag in einem Krankenhaus als Assistent angestellt gewesen war. Er war angeklagt, ein Mädchen, welches ungefähr

ein Jahr mit ihm gelebt hatte, getötet zu haben. Das Mädchen erkrankte im Juli 1902 an Erbrechen, Durchfall und Leibschmerzen. Ihre Schwester brachte sie in Guys Hospital. Dort wurde sie unter der Diagnose Peritonitis behandelt, ohne daß ein bestimmter Grund für die Peritonitis festgestellt wurde. Von Wichtigkeit ist indessen, daß sie sich im Krankenhause nach kurzer Zeit völlig wohl befand. Am 10. Oktober 1902 rief K. einen fremden Arzt zu ihr, weil sie nach seiner Angabe an Brechen und Durchfall litt. Am 20. Oktober veranlaßte die Mutter der Verstorbenen die Zuziehung ihres Hausarztes. Beide Ärzte kamen nun zu der Überzeugung, daß es sich bei der Kranken um eine Vergiftung, wahrscheinlich um eine Ptomainvergiftung handeln müsse. Dem zweiten Arzte kamen die Symptome doch immerhin auch verdächtig genug vor für eine Vergiftung mit Arsen in wiederholten kleinen Dosen. Patientin verstarb am 22. Oktober und auf Veranlassung des Arztes und der Angehörigen wurde zuerst privatim eine Sektion vorgenommen. Die Sektion ergab pathologisch-anatomisch keinen Befund, der als Todesursache gelten konnte. Dagegen fanden sich bei der chemischen Untersuchung der Eingeweide Spuren von Arsen und sehr reichlich Antimon. Bei der daraufhin angeordneten gerichtlichen Untersuchung gelang es, aus dem Körper $7\frac{1}{4}$ g metallisches Antimon zu gewinnen, eine Menge entsprechend $20\frac{1}{8}$ g Tartar. stibiat.

Die Untersuchung ergab nun folgendes: Kl. hatte häufig die Nahrung für die Verstorbene bereitet. Am Tag vor dem Tode hatte die Mutter eine kleine Quantität des für die Kranke zubereiteten Getränkes genossen und hatte darauf auch heftiges Erbrechen und Durchfall bekommen. Ferner ließ sich nachweisen, daß Kl. einige Jahre vorher eine Unze Tartar. emetic. von einem Drogisten in Hastings gekauft hatte. Der Verkauf war in das Giftverkaufsregister eingetragen. Man untersuchte daraufhin die näheren Umstände des Todes der beiden anderen Frauen des Kl.

Die eine war vor einem Jahre gestorben und von demselben Arzte behandelt, der auch die letzte Frau behandelt hatte. Sie war unter ähnlichen Erscheinungen gestorben, als Todesursache war in dem Totenschein angegeben: Darmverschlingung, Brechen und Durchfall. Der Körper wurde exhumiert. Er zeigte sich sehr wohl erhalten und es ließen sich aus dem Körper 29,12 g Tartar. emetic. gewinnen.

Die erste Frau des Kl. war vor fünf Jahren gestorben, laut Totenschein an Schwindsucht. Die Exhumierung der Leiche zeigte einen Körper, der aussah, als ob er vor einigen Tagen beerdigt wäre. Es fand sich keine Spur von Tuberkulose, dagegen reichlich Antimon in sämtlichen Organen.

Interessant an diesem Falle ist, daß die Vergiftung der ersten beiden Frauen gelang, ohne daß weder bei Ärzten noch Angehörigen der geringste Verdacht erweckt wurde, während bei dem dritten Falle nur eine allgemeine Vermutung auf mögliche Vergiftungserscheinungen bestand, ohne daß direkt an ein Verbrechen gedacht wurde.

J. Meyer-Lübeck.

Acute vergiftung met tartras kalico-stibicns.

Von J. van Breemen.

(Nach dem Referat von Zeehuisen-Utrecht, Zentralbl. für inn. Med. 1904 Nr. 36.)
(Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde 1903. II. S. 1231.)

Etwa 5 g Tartarus emeticus verursachten bei einem dreijährigen anämischen Mädchen nach heftigem Erbrechen und Diarrhöe einen Kollaps ohne Konvulsionen. $1\frac{1}{2}$ Stunden nach Einnahme Magenspülung Kampherölinjektion, Clysmata. In 10 Stunden Euphorie ohne lokale Entzündungserscheinungen; nur noch einige Tage leichte Nephritis und etwas längere Herzbeschleunigung. Am 4. Tag Harn, Fäces antimonfrei, auch später ohne Spur des Metalles.

Ziegenhagen-Danzig.

Azione del sublimato sul rene.

Von Gallerani.

(Nach dem Referat von Hager-Magdeburg. N. im Zentralbl. f. inn. Medizin 1904 Nr. 36.)
(Rif. med. 1903 Nr. 51.)

G. hat Kaninchen Sublimat in die Nieren gespritzt und nach Ablauf der Reaktion am 9. oder 10. Tage im Bereich der Injektionsstelle, zumal im Epithel der gewundenen Kanälchen ohne Zeichen der Fettdegeneration Kalksalze gefunden, die den bei Quecksilber-, besonders Sublimatvergiftung gefundenen völlig gleichen.

Ziegenhagen-Danzig.

A quelle dose le sublimé pris à l'intérieur est-il mortel?

Von Dauchez.

(Nach dem Referat von Rosenberger (Würzburg) im Zentralbl. f. inn. Medizin. 1904 Nr. 36.)
(Méd. moderne XV. Nr. 6.)

Bei der Sublimatvergiftung hängt der Tod nicht von einer bestimmten Dosis, sondern von der Schnelligkeit der Hilfe, der Füllung des Magens, bzw. des Darms, dem Lösungsgrad und der Zersetzung ab.

Ziegenhagen-Danzig.

Über einen Fall von spastischer Spinalparalyse infolge einer Bleivergiftung.

Von Dr. Karl Bechtold aus der Privatklinik des Geh. San.-Rat Dr. Bockenheimer in Frankfurt a. M.

(Münch. med. Wochenschr. 1904 Nr. 37.)

An einem 45jährigen Stubenmalers wurden die Symptome einer spastischen Spinalparalyse in ausgesprochener Weise beobachtet, als er wegen einer Bleivergiftung, deren er schon wiederholt durchgemacht hatte, zur Beobachtung kam. Die Nervenkrankung mußte mangels jeder anderen Ätiologie der Schädigung des Nervensystems durch die Vergiftung zur Last gelegt werden. Nach fast halbjähriger Behandlung waren die Krankheitserscheinungen soweit gebessert, daß Patient die Klinik verließ, um, gegen ärztliches Gebot, sogleich wieder zu arbeiten. Der weitere Verlauf wurde nicht beobachtet.

Seelhorst.

Über einen Fall akuter Chromvergiftung mit spontaner Glykosurie, geheilt durch die von R. v. Jaksch empfohlene Magenausspülung mit salpetersaurem Silber.

Von A. Lohr.

(Berl. klin. Wochenschr. 1904 Nr. 28.)

Bei akuter Chromvergiftung empfiehlt Lohr nach vorausgeschickter energischer Wasserspülung die v. Jaksch angegebene Magenspülung mit Silbernitratlösung (0,1 %), welche Chromsäure und Chromverbindungen in unlösliches Chromsilber überführt. Nach seiner Überzeugung ist dadurch in v. Jakschs Klinik eine Patientin gerettet worden, welche mehr als die letale 8 gr-Dosis Kaliumbichromat in 70—100 gr der Füllflüssigkeit für elektrische Batterien genommen hatte. Es kam neben toxischer Nephritis zu spontaner Glykosurie vom 2.—5. Tag, die nach des Verf. Ausführungen wie bei vielen Vergiftungen so auch bei der akuten Chromvergiftung auftreten kann und vielleicht mit dem Grade der Vergiftung in gewissem Zusammenhang steht. Verf. berücksichtigt eingehend die Literatur.

Ziegenhagen-Danzig.

Einige Beobachtungen über das Veronal.

Von H. Davids.

(Berl. klin. Wochenschr. 1904. No. 31.)

Auf Grund der Erfahrungen in der Gießener Augenklinik rühmt D. als Vorzüge des Veronals, daß es in der Dosis von $\frac{1}{4}$ g schon deutliche Beruhigung und darüber hinaus bis zu $\frac{1}{2}$ g stärkenden Schlaf bringt. Nur bei einer schwächlichen und bei einer alten Frau verursachte schon $\frac{1}{4}$ g Schlaf noch durch den nächsten Tag. „Schädliche Nebenwirkungen“ hat es „nur in einem, dazu nicht ganz einwandfreien Falle“ gebracht. Hier

verursachte 1 g fast für den ganzen nächsten Tag Schlaf, 11 Tage später abermals 1 g Schläfrigkeit bis zum Taumeln noch am nächsten Morgen, Müdigkeitsgefühl bis in den zweiten Tag, dazwischen auffallend gute Stimmung, wenn man die Patientin „mal wach hatte“, außerdem eine auf Druck weichende Röte mit Juckreiz an Brust, Unterarmen, Händen, Beinen und Füßen mit nachfolgender lamellöser Abschuppung, die am zehnten Tage begann und längere Zeit dauerte, ohne bleibende Störungen zu hinterlassen.

Ziegenhagen-Danzig.

Über eigentümliche Vergiftungserscheinungen durch Petroleumdämpfe.

Von Samuel.

(Berliner klinische Wochenschrift. September 1904 S. 1017.)

S. berichtet über Vergiftungserscheinungen, welche bei Arbeitern durch Beschäftigung in Petroleumtanks oder Petroleumtandampfern vorgekommen sind. Es handelt sich um Vergiftungen durch Petroleumgase. Besonders charakteristisch war ein Vorgang, der vier Arbeiter betraf. Dieselben berichten, daß sie bereits wenige Minuten nach Beginn der Beschäftigung im Tank Blutandrang nach dem Kopfe bemerkten, daß sich alsdann ihrer eine völlig unbegründete Heiterkeit bemächtigte; sie mußten singen und pfeifen, die Gedanken gingen ihnen durcheinander, allmählich wurde das Bewußtsein beeinträchtigt. In diesem Zustande boten sie dem Beobachter ein höchst eigentümliches Bild. Waren die Leute aus dem Tank hervorgeholt, so verschwanden die Störungen bald ohne irgendwelche nachteiligen Folgen zu hinterlassen.

J. Meyer-Lübeck.

A case of acute sulfonal poisoning.

Von A. E. Kind.

(Lancet 1904. 23. Januar. Nach dem Referat von F. Reiche-Hamburg im Zentralblatt f. inn. Med. 1904 Nr. 36.)

Sulfonal hatte bei einer daran gewöhnten Melancholischen in einer Dosis von 22,3 g in 12 Stunden — im Magen nicht mehr nachweisbar — Koma mit schwachem Puls, verlangsamter Respiration, Fehlen der Reflexe, träger Reaktion der mittelweiten Pupillen, Atonie von Blase und Darm und Spuren von Eiweiß in dem dauernd hellen Urin hervorgebracht. Rückkehr des Bewußtseins nach 3 Tagen, völlige Wiederherstellung durch Aspirations-Pneumonieerscheinungen bis zum 8. Tag verzögert.

Ziegenhagen-Danzig.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 77. ordentliche Sitzung des Berliner Bahnärztlichen Vereins

am Montag, den 9. Januar 1905, abends 7 $\frac{1}{2}$ Uhr im Roland, Potsdamerstraße 127/128.

Vorsitzender Herr Schwechten, Schriftführer Herr Ramm. Anwesend 53 Mitglieder und 5 Gäste.

1. Geschäftliches: das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Aufgenommen als ordentliche Mitglieder in den Verein werden die Herren

Dr. Lehmann-Koepenick,
Dr. Finkenstein-Schmargendorf,
Dr. Heinsius-Schöneberg

und, soweit sie anwesend sind, begrüßt.

Neugemeldet haben sich Herr Dr. Flister, Bahnarzt, Berlin N., Veteranenstr. 2 und Herr Dr. Erwin Kobrak, Berlin NW.

Ausgetreten ist Herr Dr. Hacke.

2. Herr Schwechten verliest ein Schreiben der Eisenbahndirektion Münster, welche in Borkum ein Genesungsheim

gegründet hat. Dies gewährt für 4,50 M. täglich volle Verpflegung. Er bittet in geeigneten Fällen davon Gebrauch zu machen.

3. In der Heilstätte Stadtwald bei Melsungen ist zur Feier des Weihnachtsfestes eine Weihnachtsfestzeitung launigen Inhalts erschienen. Dieselbe wurde zur Ansicht herumgereicht.

4. Sodann teilt der Vorsitzende mit, daß die Beschlüsse der bayrischen Bahnärzte mit 37 gegen 11 Stimmen angenommen sind. Dieselben lauten:

- a) Es bestehen begründete Bedenken gegen die Einführung der freien Arztwahl nicht nur im bahnärztlichen Dienste, sondern auch bei der Eisenbahnkrankenkasse. Gegen die Einführung der freien Arztwahl bei den Familienangehörigen bestehen vom rein ärztlichen Standpunkt aus diese Bedenken nicht.
- b) Als vereidete Medizinalbeamte der Staatseisenbahnverwaltung haben die Bahnärzte die Pflicht, an der seit 1877 bestehenden und bewährten Institution der Bahnärzte festzuhalten, solange die Behörde selbst dies tut.
- c) Den Bestrebungen der Kollegen auf Einführung der freien Arztwahl überhaupt (also auch bei der Eisenbahnkrankenkasse) wollen die Bahnärzte nicht entgegen treten.

5. Der Verlag der med. Buchhandlung von Fischer in Berlin zeigt das Erscheinen eines Buches an: „Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen“ von Dr. Sachs und Dr. Freund.

6. Die Lokomotivführer wünschen an ihren Mützen Sturmbänder und Schutzbrillen wie die Automobilfahrer. Erstere Forderung könne man nach Ansicht der Versammlung zugestehen, wogegen letztere der bestehenden Vorschriften wegen, welche dem Lokomotivpersonal überhaupt das Tragen von Brillen, also auch von Schutzbrillen wegen der Gefahr des Beschlagens untersagen, abzulehnen sei.

II. Den Kassenbericht erstattet Herr Ramm: Die Kasse schließt mit einem Bestand von 100 M. 10 Pf. Davon sind aber noch die Extra-Beiträge für den Hygiene-Kongreß 1907 in Berlin an den Verband mit je 1 Mark pro Mitglied und Jahr abzuführen. Deshalb beantragt er Erhöhung des Jahresbeitrages von 4 auf 5 M. und hofft, daß die Kasse dann auch fernerhin das Kuvert zum Stiftungsfest bezahlen können wird. Der Antrag wird einstimmig angenommen.

III. Wahlen: Auf Antrag des Herrn Stäcker wird der gesamte Vorstand einstimmig durch Zuruf wiedergewählt: die Herren nehmen dankend an.

Der Vorsitzende begrüßt die inzwischen erschienenen Herren Ministerialdirektor Wehrmann, Geheimen Regierungsrat Rüdlin, Regierungsrat Dr. Grünberg und Regierungsassessor Dr. Micke, dankt ihnen für ihr Erscheinen an dem heutigen Festtage und gibt einen kurzen Bericht über das abgelaufene 20. Vereinsjahr. Vor 20 Jahren begann der Verein seine Tätigkeit mit 18 Mitgliedern, von denen noch 7 dem Verein angehören, davon einer als Ehrenmitglied, 3 als Vorstands- und 2 als außerordentliche und 1 als ordentliches Mitglied. Heute besteht der Verein aus 95 ordentlichen und 17 außerordentlichen Mitgliedern. Er gedenkt der beiden im Laufe des Jahres verstorbenen Mitglieder Geh.-Rat Behr und Dr. Hoppe.

Die 3 Aufgaben des Vereins, welche von Brähler in die Satzungen aufgenommen sind: 1. gleichmäßige Regelung des ärztlichen Dienstes bei der Eisenbahn anzustreben, 2. Förderung der Eisenbahnhygiene, 3. durch persönliche Beziehungen, in die der Verein mit den Behörden tritt, die bahnärztlichen Verhältnisse für beide Teile ersprießlich zu gestalten, beleuchtet der Vorsitzende näher, er führt aus, wie Punkt 1 in Preußen

durch den Verband, der an jedem Direktionssitz jetzt durch einen Verein vertreten ist, nahezu erfüllt ist, daß auch die Förderung der Hygiene stets Ziel unseres Vereins war, und kommt schließlich auf die Beziehungen des Vereins zu den Behörden zu sprechen, die durch die heutige Anwesenheit der beiden Herren aus dem Ministerium und der Herren von der Direktion so dankenswerten Ausdruck gefunden hat. Auch der Präsident hatte sein Erscheinen zugesagt, war aber durch Krankheit im letzten Augenblicke verhindert zu kommen.

Herr Ministerial-Direktor Wehrmann erwidert hierauf ungefähr folgendes:

Er sei der Einladung des Vereins gern gefolgt, um den Verein kennen zu lernen, der einen so großen Einfluß auf die deutschen Bahnärzte ausgeübt habe. Die Vorsitzenden des Vereins, Brähler und Schwechten, hätten ihn in die hygienischen Bestrebungen des Vereins eingeweiht. Den Zielen, die Brähler gesteckt habe, trete er in vollem Umfange bei. Die Vereine hätten früher im stillen gelebt, die Behörde habe erst in dem letzten Jahrzehnt die großartige Entwicklung zum Verbands, dieses Kindes des hiesigen Vereins, kennen und schätzen gelernt. Nach zwei Richtungen wirkten die Vereine segensreich

1. für die Wohlfahrtseinrichtungen,
2. für die Auswahl eines gesunden Personals.

An die Krankenkassengesetzgebung hätten sich allmählich alle die anderen großartigen Wohlfahrtseinrichtungen der Bahn angegliedert, die allgemeine Eisenbahnhygiene sei ausgeübt.

Aber auch die Gefahren und Aufgaben des Betriebes sind gewachsen, ebenso wie der Verkehr. Ein gesundes Personal müsse hierzu ausgewählt, überwacht und gesund erhalten bleiben.

Nach beiden Richtungen hin kann eine ersprießliche Lösung nur unter Mitwirkung der Bahnärzte erzielt werden. Die Tätigkeit der Bahnärzte aber werde in wirksamer Weise durch die Vereine gefördert, welche für schnelle Verbreitung aller Neuerungen und für eine richtige und gleichmäßige Auffassung aller erforderlichen Anordnungen sorgten. Die Vereine seien so ein wesentliches Hilfsmittel für die Verwaltung und eine zuverlässige Stütze derselben geworden. Deshalb unterstütze die Behörde auch die Vereinstätigkeit in dem hochansehnlichen Bahnarztstande. Die Vereine hätten sich auch darin bewährt, daß sie die Verwaltung unterstützt hätten, als in neuerer Zeit deren ärztliche Einrichtungen von außerhalb stehenden Kreisen angegriffen worden seien. Diese Einrichtungen seien darauf berechnet, der Verwaltung in ärztlicher Hinsicht den Ruf von Sachverständigen zu sichern, die genau mit den Verhältnissen der Eisenbahn vertraut seien. Die Verwaltung sehe darin ein unerlässliches Erfordernis für die Sicherheit des Betriebes und könne wegen der hohen Verantwortung, die sie deshalb trage, auf eine wesentliche Änderung dieser Einrichtungen nicht eingehen. Die Bahnarztvereine hätten diese Stellungnahme der Verwaltung anerkannt und nachdrücklich verteidigt und die Verwaltung erkenne dies dankbar an. Er freue sich, daß ihm Gelegenheit gegeben, dies hier auszusprechen. Er wünsche, daß die Bahnarztvereine weiter mit der Verwaltung segensreich zusammenwirkten und daß der Berliner Verein an der Spitze der anderen Vereine weiter marschieren möge.

Herr Schwechten spricht Herrn Ministerialdirektor Wehrmann den Dank der Anwesenden aus.

V. Der Vacuum-Reinigerapparat wird sodann mit erläuternden Erklärungen des Herrn Direktors Fischer-Berlin von der Vacuum Reiniger-Gesellschaft m. b. H., Berlin W. 8 Mauer-Str. 43. II, in seiner Tätigkeit vorgeführt.

Es werden Teppiche, Kokosmatten entstaubt, d. h. der Staub wird in geschlossenen Apparaten aufgesogen, ohne daß die Umgebung belastigt wird.

Herr Schwechten dankt dem Vortragenden für seine Erklärungen und die Vorführung des Verfahrens unter lebhaftem Beifall der Versammlung.

Schluß der Sitzung 9 Uhr 15 Min.

Es schließt sich hieran zur Feier des Stiftungsfestes ein gemeinsames Abendessen, bei welchem Herr Jung die Tischrede auf den Kaiser hielt. Herr Schwechten toastete in schwungvollen Worten auf den Verein, Herr Ramm auf die Gäste, Herr Geheim. Regierungsrat Rüdlin dankte im Namen der Gäste, Herr Pahlke feierte den Vorstand.

Ein gemütlicher Bierabend, wozu die Grätzer Bierbrauerei A.-G. ein großes Quantum Bier gratis zur Verfügung gestellt hatte, und hierfür den Dank der Ärzte erntete, vereinte noch recht spät viele Teilnehmer.

i. A.: Dr. Ramm.

Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik.

Unter diesem Namen konstituierte sich am 16. Februar ein Verein, der den Zweck verfolgt, einen Sammelpunkt abzugeben für alle wissenschaftlichen Bestrebungen, die sich auf dem Gebiete der sozialen Medizin, der Epidemiologie, der Medizinal- und Bevölkerungsstatistik, des sozialen Arbeiterversicherungswesens und den Grenzgebieten zwischen Volkswirtschaft und Hygiene bewegen. Die konstituierende Versammlung, zu der ein vorbereitender Ausschuß von 29 Mitgliedern in der „Medizinischen Reform“ öffentlich eingeladen hatte, war stark besucht und trat mit der für die Neubildung einer wissenschaftlichen Gesellschaft recht stattlichen Anzahl von 83 Mitgliedern ins Leben.

Einleitend berichtete R. Lennhoff über die Ziele des neuen Vereins. Die Medizin, führte er aus, ist das Gebiet der ärztlichen Tätigkeit; ihr Ziel ist die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit. Die letztere wieder ist die Grundlage der Volkswirtschaft. Das Gebiet, in welchem sich beide Wissenschaften berühren, und das noch in vielen Hinsichten Neuland ist, benennt man soziale Medizin. Bis heute ist keine Stelle vorhanden, wo der so notwendige Gedankenaustausch zwischen Arzt und Volkswirt stattfindet. Während ferner die (individuelle) Hygiene rein naturwissenschaftlich die Faktoren des Gesundseins erforscht, gibt es auch zahlreiche soziale Zustände, die als Krankheitsursachen resp. Krankheitsförderer in Betracht kommen, und auf welche die Forschung andere Methoden anwenden muß. Während der Volkswirt dem Arzte auf dem Gebiete der Statistik den Vorwurf der Subjektivität macht, kann dieser jenem den Mangel an medizinischen Kenntnissen entgegenhalten. Aus allen diesen Erwägungen heraus ist die Notwendigkeit des gemeinsamen Arbeitens gefolgert worden.

Bei der Beratung über den Statutenentwurf folgte eine sehr ausgedehnte und interessante Debatte über die Namensgebung des Vereins. Schließlich wurde die Bezeichnung „Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik“ mit großer Majorität angenommen. Der Verein hat ein sehr reichhaltiges Programm aufgestellt: er plant Vorträge, Demonstrationen, Diskussionsabende, die Anlegung und Vermehrung einer eigenen Bibliothek, eigene wissenschaftliche Arbeiten und Enqueten u. a. m. Sitz des Vereins ist Berlin, jedoch handelt es sich nicht — wie man nach dem Wortlaut des Statutenentwurfes vermuten konnte — um einen örtlichen Verein, sondern eine über ganz Deutschland verbreitete Gesellschaft, die auch Frauen als Mitglieder aufnimmt. Bemerkenswert ist, daß Studierenden zu den wissenschaftlichen Sitzungen der Gesellschaft der Zutritt ohne weiteres gestattet ist. Zum ersten Vor-

sitzenden wurde Prof. Dr. Mayet, Kaiserl. Regierungsrat, zum stellvertretenden Vorsitzenden Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Dietrich gewählt.

Eine lebhafte Debatte entspann sich bei Punkt 3 der Geschäftsordnung und zwar bezüglich des Vereinsorgans. Ein sozial-wissenschaftliches Forum ist durch die neue Gesellschaft für Berlin gegeben, zahlreiche Anregungen und gegenseitige Klärung bringt das lebendige Wort und die mündliche Diskussion den Zuhörern. In welcher Weise aber sollen die zahlreichen Mitarbeiter außerhalb Berlins sich betätigen? Doch lediglich durch eine ausgedehnte schriftliche Diskussion. In der Tat wäre es das größte Verdienst der neuen Gesellschaft, für die zahlreichen Vereine sozialpolitischer oder sozialwissenschaftlicher Tendenz und auf dem Gebiete der sozialen Medizin einen rein wissenschaftlichen neutralen Sprechsaal zu schaffen, während bisher jeder dieser Vereine auf seine eigene Richtung und sein eigenes Organ festgelegt ist. Vor der Hand wurde wegen der Kosten einer selbständigen Zeitschrift diese Frage offen gelassen und beschlossen, mit Hilfe der Medizinischen Reform Jahresberichte herauszugeben.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß diese Neugründung nicht nur einem Bedürfnis entspricht, sondern auch für die Volkswohlfahrt von grundlegender Bedeutung werden kann.

Eisenstadt.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

von Holst, V. Dr. med. Erfahrungen aus einer vierzigjährigen neurologischen Praxis. Stuttgart, Ferdinand Encke 1903.

Das 67 Seiten große Werkchen des inzwischen verstorbenen Verfassers ist eine Art Testament.

Im ersten Abschnitt „Allgemeines über die eigentliche Aufgabe des praktischen Arztes“ zeigt sich ein gesunder Skeptizismus unseren therapeutischen Aufgaben gegenüber. Nicht heilen ist die Aufgabe des Arztes, sondern unsern Kranken mit Hilfe der Wissenschaft dazu verhelfen, daß die krankhaften Prozesse einen günstigen Verlauf nehmen. Die Heilung selbst besorgt die Natur, nicht der Arzt, der letztere kann nur unterstützend den natürlichen Vorgang beeinflussen, Ärzte sind naturae ministri et interpretes. Damit soll kein Gegensatz zu Arzneimitteln konstruiert werden, die Verfasser selbst gerne benützt. Um allen Mißverständnissen aus dem Wege zu gehen, spricht er sich scharf gegen den Schwindel des sogenannten „Naturheilverfahrens“ aus, wie er es schon früher getan hat. Dieses ist eine einseitige therapeutische Methode. Im weiteren Sinne haben nach seinen obigen Ausführungen alle Mittel den Zweck, eine Naturheilung herbeizuführen. Jeder, der mit einer „Methode“ kuriert, ist ein Kurpfuscher. Sehr beachtenswert ist, was Verf. über die Berücksichtigung der natürlichen Instinkte der Kranken sagt.

Der zweite Abschnitt handelt über „Heilanstalten für Nervenkranken“, ein Gebiet, auf dem Holst schon im Jahre 1880 fruchtbar tätig war. Im besonderen tritt er lebhaft dafür ein, daß auch Volkshelilstätten für Nervenkranken errichtet werden.

Sehr interessant, aber zu kurzem Referat nicht geeignet, sind seine im dritten Abschnitt gemachten „Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Hysterie“ und der vierte „Über die Hysterie bei Gebildeten und bei Ungebildeten“. Ohne Zweifel sind diese Abschnitte für den Spezialisten ebenso lebenswert wie für den praktischen Arzt, wenn man auch nicht in allem dem Verf. beizustimmen braucht.

Im ganzen ist das Büchlein sehr lesenswert, es unterscheidet sich von vielen Veröffentlichungen vorteilhaft dadurch,

daß man nicht mit endlosen Literaturangaben und kasuistischem Ballast gelangweilt wird. L. Mann-Mannheim.

Mracek, Atlas und Grundriß der Haut-Krankheiten. Lehmanns Handatlanten Band V. Zweite Auflage. Mit 77 farb. Tafeln und 50 schwarzen Abbildungen. München 1904. J. F. Lehmanns Verlag. 284 Seiten. Preis 16 Mark.

Auf keinem Gebiete der Medizin ist ein guter Atlas als Lehrmittel so unentbehrlich wie auf dem der Hautkrankheiten, auf keinem aber auch so schwer herzustellen. Der von Mracek herausgegebene hat sicher viel Anklang gefunden, sonst wäre er gewiß nicht in 2. Auflage erschienen. Tatsächlich vereinigt er viele Vorzüge: er ist verhältnismäßig wohlfeil und enthält treffend ausgewählte Beispiele von allen wichtigen Hautkrankheiten; die Ausführung der Bilder ist großenteils sehr charakteristisch. Nicht alles erscheint uns freilich geglückt. Eine ganze Anzahl Bilder lassen doch wohl zu wenig die feinen Unterschiede in Form und Farbe erkennen, auf die es bei Hautkrankheiten so sehr ankommt. Man merkt das besonders, wenn man die bunten Bilder mit den auf photographischem Wege hergestellten vergleicht. Sollte nicht die Farbenphotographie berufen sein, grade für die Atlanten dieser Art eine neue Aera anzubahnen?

Rühmend zu erwähnen ist der an den Schluß des Buches gestellte Textteil, welcher in 276 Seiten ein vollständiges Lehrbuch der Hautkrankheiten bildet. F. L.

Lang, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. 400 Seiten. Mit 85 Abbildungen im Text. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann.

Das vorzügliche Werk zeichnet sich besonders durch die Feinheit und Ausführlichkeit aus, mit welcher die klinischen Bilder der Geschlechtskrankheiten dargestellt sind. Aber neben diesem alten Vorzug der „Wiener Schule“ geht eine ebenso sorgfältige, auch die technischen Einzelheiten genau berücksichtigende Darstellung der Behandlungsmethoden einher.

Für den Lernenden ist vielleicht das Mosaik der einzelnen Krankheitsbilder etwas allzu fein gearbeitet. Der Praktiker dagegen wird an diesem Werke einen trefflichen Wegweiser haben.

Auf die soziale und forensische Bedeutung der Geschlechtskrankheiten einzugehen, verschmäht Verf. leider ganz. Aber die Zeit, welche auch bei einem klinischen Lehrbuch dieses Eingehen auf die öffentlich rechtlichen Pflichten des Arztes für selbstverständlich hält, ist eben noch nicht gekommen. F. L.

Finkelstein, H. Fürsorge für Säuglinge. Vierter Supplementband: Sozialhygiene aus dem Handbuch der Hygiene von Theodor Weyl. Jena, Gustav Fischer, 1904.

Finkelstein gibt in der vorliegenden Monographie eine kurze Übersicht der gebräuchlichen Systeme und Methoden sowie der sie unterstützenden Maßnahmen bei der Fürsorge für eheliche, uneheliche, verlassene und verwaiste Säuglinge und deren Erfolge. Nach der erschöpfenden und ausgezeichneten Darstellung, die der Kinderschutz im VII. Bande des Weyl'schen Handbuchs der Hygiene von H. Neumann erfahren hat, konnte sich Finkelstein damit begnügen, die Fürsorgeeinrichtungen, die auf diesem Gebiete in den einzelnen Ländern getroffen sind, nur in großen Umrissen anzugeben. E. Roth (Potsdam).

Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Pocken (Blattern) vom 28. Januar 1904 nebst den dazu erlassenen preußischen Ausführungsvorschriften vom 12. September 1904. 72 Seiten. Preis 50 Pf. Amtliche Ausgabe Berlin. Richard Schoetz 1905. Desgleichen betreff. Pest. 100 Seiten. Preis 60 Pf. Desgleichen betreff. Aussatz (Lepra) 39 Seiten. Preis 30 Pf. Desgleichen betreff.

Cholera 100 Seiten. Preis 60 Pf. Desgleichen betreff.
Fleckfieber (Flecktyphus) 62 Seiten. Preis 40 Pf.

Die vom preußischen Kultusministerium besorgte amtliche Ausgabe der Bundesratsanweisungen für die einzelnen im Reichseuchengesetz namhaft gemachten Krankheiten enthält in jedem Heftchen außer einem sorgfältigen Sachregister auch als besonders praktisch wichtige Beigabe die preußischen Ausführungsbestimmungen. Diese sind nicht fortlaufend im Wortlaut abgedruckt, sondern jeweils den einzelnen Paragraphen der Anweisung als Kommentar beigelegt. Für die preußischen Ärzte und Medizinalbeamten sind auf diese Weise sehr handliche und bequeme kleine Nachschlagebücher geschaffen worden. (Vergl. Ministerialerlasse in vor. Nr.)

Gebührenwesen.

Geltendmachen der Vergütung für das einem Betriebsverletzten ohne Auftrag der Berufsgenossenschaft gewährte Heilverfahren.

Entspricht die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn, so kann (§ 683 B.G.B.) der Geschäftsführer ohne Auftrag Ersatz seiner Aufwendungen verlangen. Hierzu ist er sogar auch gegen den Willen des Geschäftsherrn befugt, wenn ohne die Geschäftsführung eine Pflicht desselben, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt, nicht rechtzeitig erfüllt werden würde, weil (§ 679 B.G.B.) dann ein der Geschäftsführung entgegenstehender Wille nicht in Betracht kommt. Auf Grund dieser beiden Rechtsregeln hat neuerdings der Brauch sich ausgebildet, daß Personen, welche aus der öffentlich rechtlichen Unfallversicherung wegen einer durch einen Betriebsunfall erlittenen Störung der körperlichen Unversehrtheit gegen die Berufsgenossenschaft (§ 9 U.V.G.) einen Anspruch auf freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel haben, sich dann in die Behandlung eines ihnen genehmen Arztes begeben, wenn entweder das von dem Vertrauensarzte vorgeschlagene Heilverfahren ihnen nicht paßt oder sie als bereits geheilt aus einem solchen entlassen wurden, worauf der behandelnde Arzt sein Arztlohn, sowie Auslagen für Arzneien, Heilmittel, zugezogene Heilgehilfen unmittelbar gegen die Berufsgenossenschaft aus der Geschäftsführung ohne Auftrag einklagt. Innerhalb der Spruchgerichte gehen die Ansichten darüber auseinander, ob ein solchergestalt erhobener Anspruch gerichtliche Billigung finden kann oder nicht vielmehr in der angebrachten Art abgewiesen werden muß. Infolgedessen ist eine Klärung dieser Streitfrage im Interesse der beteiligten Kreise gerechtfertigt.

Unabweisbare Vorbedingung für die Rechtmäßigkeit des Anspruches auf Arztlohn und Vergütung der sonstigen durch eine Krankenbehandlung gemachten Aufwendungen ist bei einer Geschäftsführung ohne Auftrag, daß der Geschäftsführer eine dem Geschäftsherrn im öffentlichen Interesse obliegende, aber verabsäumte Pflicht erfüllt hat. Daß die Berufsgenossenschaft einem Betriebsverletzten Krankenfürsorge im Umfange des § 6 U.V.G. zu gewähren hat, beruht auf einer Vorschrift des öffentlichen Rechtes. Sie darf sich dieser Pflicht also nicht entziehen. Ein Verabsäumen derselben würde mithin den Anspruch des Arztes aus der Geschäftsführung ohne Auftrag dem Grunde nach rechtfertigen. Allein, wer ein Recht für sich beansprucht, muß die Voraussetzungen hierfür erbringen, also den Beweis für seine Behauptungen führen. Zwar hat das Gericht (§ 286 C.Pr.O.) unter Berücksichtigung des gesamten Inhalts der Verhandlungen und des Ergebnisses einer etwaigen Beweisaufnahme nach freier Überzeugung zu entscheiden; allein doch nur in solchen Rechts-

streitigkeiten, welche seiner Zuständigkeit überwiesen sind. Nach § 13 Ger.Verf.G. gehören vor die ordentlichen Gerichte die bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten, für welche nicht entweder das Verwaltungsverfahren angeordnet ist oder reichsgesetzlich besondere Gerichte bestellt oder zugelassen sind. Die Entscheidung von Streitigkeiten über Entschädigungen auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes überträgt § 3 des Reichsgesetzes v. 30. Juni 1900 den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung. Deshalb sind solche der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte entzogen. Die für die Anwendbarkeit des Grundsatzes in § 679 B.G.B. unentbehrliche Vorfrage, ob die Berufsgenossenschaft ihre öffentlich rechtliche Pflicht auf Krankenfürsorge verletzt habe, ist der Prüfung und Beurteilung der ordentlichen Gerichte daher entzogen, und nur durch die Spruchgerichte der Unfallversicherung rechtswirksam zu entscheiden. Infolgedessen muß das angerufene Gericht, der Protestregel des § 148 C.Pr.Ord. Rechnung tragend, ein Zwischenurteil dahin fällen, daß die Entscheidung so lange auszusetzen sei, bis die Entscheidung der Spruchbehörden für die Unfallversicherung bezüglich des Bestehens oder Nichtbestehens des pflichtwidrigen Vorenthaltens der ihr obliegenden Krankenunterstützung seitens der Berufsgenossenschaft erfolgt ist.

Denn es überträgt § 99 G.U.V.G. die Feststellung der Entschädigungen, in Sonderheit auch der Art und des Umfanges eines Heilverfahrens im Sinne der §§ 9, 12, 22, 23 G.U.V.G. der Entschließung der hierfür eingesetzten Verwaltungsorgane der Berufsgenossenschaft, welche § 75 G.U.V.G. dem Betriebsverletzten durch schriftlichen Bescheid ihren Beschluß bekannt geben müssen, den der Entschädigungsberechtigte § 76 G.U.V.G. durch Berufung an das Schiedsgericht für Arbeiterversicherung bzw. Rekurs an das Reichsversicherungsamt fristgerecht anfechten kann, widrigenfalls er die Rechtskraft beschreitet. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes ist (§ 15 M.G.) endgültig, und die in grundlegenden Rechtsfragen von seinem erweiterten Senate gefällte (§ 17 M.G.) bindend. Auch erklärt § 135 G.U.V.G. für das über einen sonstigen, die Leistungen der Berufsgenossenschaft übersteigenden Anspruch des Betriebsverletzten oder seiner Familienangehörigen erkennende ordentliche Gericht die Entscheidung bindend, welche in dem durch dieses Gesetz geordneten Verfahren über die Frage ergeht, ob ein Unfall vorliegt, für welchen aus der Unfallversicherung Entschädigung zu leisten, und in welchem Umfange Entschädigung zu gewähren ist.

Daß von dieser Rechtsregel bei der Geschäftsführung ohne Auftrag Abstand genommen werden könne, dafür fehlt es an jeglichem Anhaltspunkte in den heute geltenden Rechtsregeln und Vorschriften des materiellen und formellen, bürgerlichen und öffentlichen Rechtes. Im Gegenteil läßt die Denkschrift zu der Unfallversicherungsnovelle vom 30. Juni 1900 keinen Zweifel dagegen zu, daß den gesetzgebenden Körperschaften eine hierauf abzielende Absicht gefehlt habe, indem daselbst (S. 977) ausdrücklich hervorgehoben wird, es sei der diesbezügliche Zusatz dem bisherigen § 95 U.V.G. jetzt § 135 G.U.V.G. gerade aus dem Grunde hinzugefügt worden, daß in den grundlegenden Rechtsfragen einander widerstrebende Rechtsgrundsätze seitens der ordentlichen und der Verwaltungsgerichte erkannt werden. Angesichts dessen wird in logischer Gedankenfolge jedoch das Endergebnis genommen, es sei auch bei der Geschäftsführung ohne Auftrag der seitens der zuständigen Organe der Unfallversicherung gefaßte Beschluß über die Art und den Umfang eines Heilverfahrens dergestalt bindend, daß der Grundsatz in § 679 B.G.B. nicht zur Geltung kommen kann, wenn das besorgte Geschäft zu einem rechtskräftigen Beschlusse sich in Widerspruch versetzt.

Hilse.

Tagesgeschichte.

Die neuen Vorschriften über das Verfahren bei gerichtlichen Leichenöffnungen.

Das Regulativ vom Jahre 1875 ist nunmehr als veraltet aufgehoben und durch neue, von der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen ausgearbeitete Vorschriften ersetzt worden.

Schon in den einleitenden Paragraphen geboten die durch das Kreisarztgesetz geschaffenen Verhältnisse Änderungen. Es heißt jetzt, daß einer der beiden Obduzenten ein Gerichtsarzt und zwar der zuständige Gerichtsarzt (Kreisarzt) sein muß, dagegen ist seltsamerweise die Bestimmung fortgeblieben, daß möglichst auch der zweite Obduzent kreisärztlich geprüft sein soll.

Für Leichenöffnungen vor Ablauf von 12 Stunden (die Frist von 24 Stunden gilt nicht mehr als Regel) sind besondere Gründe erforderlich, diese und die Art der Feststellung des Todes sind im Protokoll zu vermerken.

Für gerichtliche Ausgrabungen ist bestimmt, daß mindestens einer der zur Obduktion heranzuziehenden Ärzte schon bei jenen zugegen sein muß und mit dafür zu sorgen hat, daß die Ausgrabung in einer den Zweck der Obduktion nicht störenden Weise erfolgt. Es sind jedesmal Proben der Erde in der Umgebung des Grabes mitzunehmen.

Zu den bei der Sektion mitzubringenden Instrumenten ist etwas sehr wesentlich Neues hinzugekommen: das Mikroskop.

Wohl die hauptsächlichste Änderung gegen früher enthält der § 9, mit welchem der zweite Hauptabschnitt beginnt. Früher lautete er:

„Beim Erheben der Leichenbefunde müssen die Obduzenten überall den richterlichen Zweck der Leichenuntersuchung im Auge behalten und alles, was diesem Zweck dient, mit Genauigkeit und Vollständigkeit untersuchen.“

Jetzt dagegen heißt er:

„Beim Erheben der Leichenbefunde müssen die Gerichtsärzte im wesentlichen ebenso verfahren, wie wenn die Sektion aus rein ärztlichem Interesse unternommen würde, nur haben sie überall den richterlichen Zweck der Leichenuntersuchung im Auge zu behalten und alles, was diesem Zwecke dient, mit besonderer Genauigkeit und Vollständigkeit zu untersuchen. Die folgenden technischen Vorschriften über den Gang der Untersuchung sollen nicht schablonenhaft angewendet, sondern nur als allgemeiner Leitfaden betrachtet werden, von dem je nach der Eigentümlichkeit des Falles auch abgewichen werden kann. Wesentliche Abweichungen müssen jedoch im Protokoll begründet werden.“

Es will uns scheinen, daß die Stellung des Obduzenten durch diesen Paragraphen würdiger gestaltet wird, als durch den früheren.

Bezüglich der äußeren Besichtigung ist neu im wesentlichen die Vorschrift, Farbe, Geruch und beim Verdacht einer Vergiftung auch die Reaktion der dem Munde entströmenden Flüssigkeit zu prüfen, ferner finden sich ganz neue Vorschriften über die Besichtigung und Untersuchung von Wunden, endlich wird für bedeutungsvolle Befunde die Photographie empfohlen.

Bei der Kopfhöhle ist die Eröffnung der Querbildleiter nicht mehr vor, sondern nach der Untersuchung des Gehirns vorzunehmen.

Für die früher ganz außer acht gelassene Untersuchung der Augen, der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen werden gegebenenfalls die entsprechenden Methoden angezeigt.

Bei der Rückenmarksuntersuchung wird nicht mehr das leicht verletzbare Rückenmark allein herausgeholt, sondern mit seiner ganzen harten Haut, die vorher nur hinten der Länge nach durchtrennt ward.

Für die Eröffnung der anderen Höhlen ist außer dem üblichen Längsschnitt jederzeit auch eine beiderseitige Verlängerung des Kopfschnittes im Bogen vom Ohr bis zur Brustbeinmitte zulässig. Ferner kann man vor Eröffnung der Bauchhöhle die Bauch- und Brusthaut im Unterhautzellgewebe zurückpräparieren und dann durch einen großen Kreuzschnitt die Bauchhöhle sehr breit eröffnen.

Beim Ablösen der Weichteile auf der Brust ist auf die Muskeln und bei Frauen auf die von hintenher einzuschneidenden Milchdrüsen zu achten.

Bei Vergrößerung des Herzens kann zuerst ein wagerechter Schnitt durch die Mitte beider Herzkammern bis an das Herzfell der Rückseite gemacht werden.

Das Eingießen von Wasser zur Prüfung der Herzklappen auf ihre Schlußfähigkeit wird anheimgestellt. Jedenfalls müsse es, um Trugschlüsse zu vermeiden, sehr vorsichtig geschehen.

Die Halsorgane können im Zusammenhang mit sämtlichen Brustorganen oder auch einzeln nach letzteren herausgenommen werden. Bei Verdacht des Erstickungstodes ist Kehlkopf und Luftröhre in situ aufzuschneiden.

Bei der Bauchsektion kann es zweckmäßig sein, statt der üblichen Reihenfolge nach der Milz gleich Dick- und Dünndarm herauszunehmen oder sogar sämtliche Organe bzw. einen Teil davon erst im Zusammenhang herauszunehmen und dann zu zerlegen.

Die Nebennieren und die Bauchspeicheldrüse, früher unerwähnt, werden jetzt berücksichtigt, für die Untersuchung der Geschlechtsorgane werden genauere Weisungen erteilt. Der Untersuchung des Darms soll diejenige des Gekröses vorausgehen. Der Darm darf mit dem Gekröse zusammen herausgenommen werden.

Ganz verändert sind die Vorschriften für Vergiftungsfälle. Lenkt Bittermandelgeruch den Verdacht auf Blausäure, so ist es zweckmäßig, erst die Kopfhöhle zu eröffnen. Anderenfalls wird die Bauchhöhle zuerst eröffnet; erscheint der Magen äußerlich unversehrt, so folgt die Brustsektion mit Unterbindung der Speiseröhre, dann die Bauchsektion, immer mit Verwahrung verschiedener Leichenteile in getrennten Gefäßen. Ist der Magen zerrissen oder droht er zu reißen, so geht die Bauchsektion allen übrigen voraus. Auch sonst sind genauere Vorschriften über die Behandlung vergiftungsverdächtiger Fälle gegeben.

Bei der Leichenöffnung Neugeborener ist in zweifelhaften Fällen die Magendarmprobe außer der Lungenprobe heranzuziehen.

Die Gerichtsärzte haben bei unbekannten oder zerstückelten Leichen auf die Eigenschaften des Skeletts mit zu achten, welche dazu dienen können, Alter, Größe und Identität zu bestimmen.

Bei der Abfassung des Protokolls ist es nicht angebracht, auch die für den Richter bedeutungslosen Befunde genau zu beschreiben, hier genügen kurze, zusammenfassende Bemerkungen.

Der Ausdruck „Obduktionsbericht“ ist verschwunden und durch „begründendes Gutachten“ ersetzt.

Für die bloße Leichenschau werden anhangsweise kurze Bestimmungen gegeben.

Die neuen Vorschriften treten am 1. März 1905 in Kraft. Sie enthalten, ohne sich im Kern von den bewährten Virchow'schen Normen zu entfernen, doch mancherlei wertvolles Neues. Vor allem sind sie weniger starr als die früheren, sie geben dem Obduzenten häufig mehrere Methoden an die Hand und regen ihn zu selbständiger Auswahl, ebenso auch bei der Abfassung des Berichtes zur Ausschaltung des Unwesentlichen an. F. L.

Vertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten.

Die Landesversicherungsanstalt Westfalen rechtfertigt in ihrem Jahresbericht für 1903 die Notwendigkeit, die zum Heilverfahren vorgeschlagenen Versicherten durch Vertrauensärzte

nachuntersuchen zu lassen und berührt dabei Tatsachen, welche uns Ärzten zwar peinlich sein mögen, aber auch in ärztlichen Kreisen nicht verschwiegen werden dürfen. Es heißt in diesem Bericht:

„Einzelnen Ärzten ist die Nachuntersuchung der von ihnen zur Kur in Vorschlag Gebrachten durch einen unserer Vertrauensärzte nicht genehm. Diese für uns mit ganz erheblichen Kosten verknüpfte Einrichtung ist aber nach den Erfahrungen früherer Jahre nicht zu entbehren, weil uns vor Bestellung der Vertrauensärzte eine große Anzahl ungeeigneter Kranken — manchmal geradezu Todeskandidaten, welche kurz nach Beginn der Kur sterben — zur Heilbehandlung empfohlen wurden. Es zeigte sich, daß der größte Teil der Ärzte mit den gesetzlichen und unseren Bestimmungen über die Voraussetzungen für ein Heilverfahren nicht vertraut ist, manchen — namentlich den jüngeren — Ärzten fehlen auch die erforderlichen Erfahrungen und Kenntnisse, insbesondere der für uns so wichtigen Tuberkulose, auch Mitleid usw. spielt öfter eine Rolle. Das veranlaßte uns, mit einer beschränkten Anzahl von Ärzten in engere Verbindung zu treten, welche wir über die zu stellenden Anforderungen hinsichtlich der Krankenfürsorge im allgemeinen und der Krankheitsfälle im einzelnen und ferner hinsichtlich der Auswahl der für die verschiedenartigen Fälle in Betracht kommenden Heilanstalten jederzeit auf dem laufenden erhalten.

Es ist zwar zuzugeben, daß es zuweilen für den Vertrauensarzt bei einmaliger Untersuchung schwieriger ist, ein sachgemäßes Urteil abzugeben, als für den behandelnden Arzt, der den Kranken genauer kennt. Aber dieser Mangel läßt sich beseitigen durch Mitteilung des behandelnden Arztes von seinen Feststellungen, durch Unterbringung des Kranken im Zweifel in einem Krankenhaus zur Beobachtung u. dgl. — Auf alle Fälle kann dieser Mangel die Vorteile der Wirksamkeit von Vertrauensärzten nicht aufwiegen.“

Wir haben von jeher unserer Überzeugung Ausdruck gegeben, daß das Verlangen vieler Ärzte nach Abschaffung der Vertrauensärzte ungerechtfertigt ist. Die Gründe dafür liegen allerdings nur zum Teil in dem vermeidbaren Mangel an Überlegung und Gesetzeskenntnis bei den praktischen Ärzten, zum andern Teil darin, daß nicht jeder Arzt auf jedem Gebiete über ein ausreichendes Maß von Erfahrung verfügen kann. Das Zusammenwirken von behandelndem und Vertrauensarzt erfordert, um für alle Teile ersprießlich zu sein, lediglich eine verständnisvolle Geschäftsführung und bei den beteiligten Ärzten ein entsprechendes Maß von kollegialem Takt.

Eine Reform des Medizinalwesens

in Elsaß-Lothringen nach preußischem Muster wird jetzt in die Wege geleitet. Es handelt sich dabei hauptsächlich um die Schaffung von Stellen für vollbesoldete Kreisärzte, welche bisher im Reichslande noch nicht existierten. Es sind vorläufig sechs vollbesoldete Kreisärzte in Aussicht genommen, während die übrigen Kreisarztstellen als nicht vollbesoldet fortgeführt, aber ebenfalls besser als bisher remuneriert werden sollen. Die dem Landeshaushaltsetat beigegebene Denkschrift sagt hierüber:

„Es sind 15 solcher Stellen vorgesehen. Im ganzen bestehen 23 Kreisarztstellen; drei davon, die Stellen am Sitz des Bezirkspräsidiums, können im Nebenamte durch den Medizinalreferenten des Bezirkspräsidenten wahrgenommen werden. Bei dem gegenwärtigen Inhaber der Kreisarztstelle in Straßburg wird sich diese Kombination indessen zunächst nicht ermöglichen lassen; es sind daher

neben den sechs vollbesoldeten 15 nicht vollbesoldete Stellen vorgesehen. Auch diese Stellen sind mit Gehältern dotiert, also pensionsfähig, was indessen nicht ausschließt, daß einzelne Stelleninhaber zunächst auf Probe oder auf Kündigung angestellt werden.

Der Kreisarzt soll der gesundheitstechnische Berater des Kreisdirektors und das ausführende Organ des Bezirkspräsidenten in Angelegenheiten des Gesundheitswesens bleiben. Ein unmittelbares Verfügungsrecht soll ihm, soweit es nicht durch die bestehenden Gesetze festgesetzt wird, nicht übertragen werden, doch soll er bei den zuständigen Behörden Vorschläge zur Abstellung von Mängeln machen und die für die öffentliche Gesundheit geeigneten Maßnahmen in Anregung bringen.“

Über die weiteren Organe der Medizinalverwaltung und die dabei etwa beabsichtigten Neuerungen äußert sich die Denkschrift wie folgt:

„Während bisher der Medizinalreferent des Ministeriums gleichzeitig das Referat in Medizinalangelegenheiten im Bezirkspräsidium in Straßburg wahrnahm, soll künftig ein besonderer Referent am Bezirkspräsidium bestellt und hierfür die etatsmäßige Stelle eines Regierungs- und Medizinalrates vorgesehen werden. Im übrigen soll im Medizinalwesen keine Änderung eintreten. Das bewährte Institut der Kantonalärzte als Armenärzte, Impfarzte und Gerichtsärzte neben den Kreisärzten soll bestehen bleiben. Auch die Einrichtung der Gesundheitsräte soll nicht berührt werden. Ob die Bestellung eines Medizinalkollegiums in der Zentralinstanz angezeigt erscheint, das dem Ministerium begutachtend zur Seite stünde, insbesondere in gewissen Fällen Obergutachten zu erstatten hätte, bleibt weiterer Erwägung vorbehalten. (Allg. Med. Zentr.-Ztg.)

Der 22. Kongreß für innere Medizin

findet vom 12.—15. April 1905 zu Wiesbaden statt unter dem Vorsitz des Herrn Geheimrat Erb (Heidelberg). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: Über Vererbung. 1. Referat: Über den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie: Herr H. E. Ziegler (Jena), 2. Referat: Über die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose: Herr Martius (Rostock). Von den angemeldeten Vorträgen dürften dem Gebiete der ärztlichen Sachverständigentätigkeit folgende am nächsten liegen: Herr Siegfried Kaminer und Herr Ernst Meyer (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Applikationsortes für die Reaktionshöhe bei diagnostischen Tuberkulininjektionen; Herr Aufrecht (Magdeburg): Erfolgreiche Anwendung des Tuberkulin bei sonst fast aussichtslos kranken fiebernden Phthisikern; Herr Homberger (Frankfurt a. M.): Die Mechanik des Kreislaufes; Herr O. Hezel (Wiesbaden): 1. Beitrag zu den Frühsymptomen der Tabes dorsalis; 2. Über eine gelungene Nervenpfropfung, ausgeführt zur Heilung einer alten stationär gebliebenen Lähmung einiger Muskeln auf dem Gebiete des N. peroneus; Herr Bernhard Fischer (Bonn): Über Arterienerkrankungen nach Adrenalininjektionen; Herr Gerhardt (Erlangen): Beitrag zur Lehre von der Mechanik der Klappenfehler; Herr Lütthje (Tübingen): Beitrag zum experimentellen Diabetes; Herr Friedel Pick (Prag): Über Influenza.

Mit dem Kongresse ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Präparaten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden.

Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstellung sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13.